VII. Jahrgang. Wien, 24. September 1893. Nr. 39.

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsenduug des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

INTERNATIONALE

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die **Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9.**

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Ueber Beckenperitonitis beim Weibe und die pathologische Bedeutung der Tubae Fallopiae in Beziehung zu dieser Krankheit.*)

Von

Prof. Dr. C. J. Cullingworth in London.

Historisches.

Bevor ich daran gehe, eine Darstellung über den jetzigen Stand unserer Kenntnisse betreffend die Entzündungen im Becken zu geben, muss ich einen Augenblick bei der Geschichte unseres Gegenstandes verweilen und namentlich der Arbeiten und Schriften eines Mannes gedenken, den ich für einen der grössten Gynäkologen unseres Jahrhunderts halte, nämlich derer von Bernutz. Zur Zeit, zu welcher Bernutz seine klinischen Memoiren veröffentlichte, bestand die landläufige Ansicht, dass jedwede Geschwulst von harter Consistenz, die man in Fällen von Entzündungen im Becken über dem Scheidengewölbe auf einer Seite oder zu beiden Seiten des Uterus fühlte, stets auf Rechnung eines entzündlichen Exsudates in das Bindegewebe an der Basis der Ligamenta lata oder innerhalb der Schichten dieser Ligamente zu setzen sei.

Nonat hatte diese Lehre während eines Zeitraumes von 10 Jahren vertreten und unter dem Einflusse seiner Autorität und seiner dogmatischen Lehren wurde dieselbe fast allgemein angenommen.

Diese Exsudate wurden mit verschiedenen Namen belegt, aber gleichgiltig ob sie als Becken-Cellulitis oder als Parametritis oder als peri-uterine Phlegmonen beschrieben wurden — was den Sitz derselben betrifft, so bestand thatsächlich kein Meinungsunterschied. Einige Zeit theilte auch Bernutz die allgemeine Ansicht.

Der letale Ausgang zweier Fälle, die er selbst behandelte, diente jedoch dazu, seine diesbezüglichen Anschauungen zu ändern, und der ebengenannte Umstand setzte ihn auch in den Stand, in einer unwiderleglichen Art den Nachweis zu erbringen, dass der peri-uterine Tumor, der während des Lebens der Patientin alle Symptome der sogenannten peri-uterinen Phlegmone dargeboten hatte, durchaus nicht in dem Zellgewebe seinen Sitz hatte. Bei den in Rede stehenden Nekropsien fand man, dass der Tumor, der sogar nach dem Tode alle gewöhnlichen Zeichen darbot, von den Beckeneingeweiden gebildet war, die durch peritoneale Adhäsionen mit einander verflochten waren. Diese Entdeckung war von so immenser Bedeutung, dass sie den zwei Fällen, die zu derselben führten, ein historisches Interesse verleiht. Die Zeit erlaubt es mir hier, nur die Hauptzüge des ersten dieser zwei Fälle anzuführen.

Der Fall betraf eine junge Frau im Alter von 18 Jahren, die während eines Jahres ein unregelmässiges Leben geführt hatte, und die wegen heftiger Schmerzen im Abdomen ins Hospital aufgenommen wurde.

Die Schmerzen ergriffen die Patientin plötzlich am achten Tage nach dem Auftreten einer Gonorrhoe, und sie nahmen täglich an Intensität zu. Bei der Untersuchung fand man ausser den Zeichen einer acuten Gonorrhoe einen resistenten Körper oberhalb des Scheidengewölbes, der sich rings um den Cervix Uteri herum, mit Ausnahme der rechten Seite des letzteren, ausdehnte. Druck auf den Tumor verursachte grossen Schmerz. Ruhe und die Application von Blutegeln auf die linke Regio iliaca brachten einige Linderung, aber die Geschwulst blieb dieselbe, und einige Tage später kehrten die Schmerzen wieder.

Nachdem die Patientin einige Wochen im Hospital zugebracht hatte, bekam sie einen Anfall von Icterus und dann einen Anfall von Pleuritis mit Erguss — zuerst einen Erguss serösen Charakters, der nach der Entleerung eine eitrige Beschaffenheit annahm. Die Patientin starb drei Monate nach ihrer Aufnahme ins Hospital.

Bei der Autopsie fand man die Blase, den Uterus, die Ligamenta lata und die Flexura sigmoidea sämmtlich durch alte Adhäsionen mit einander verflochten. Auf der linken Seite des Beckens fand man keine Cavität, da die Ligamenta lata sowohl mit der Blase als wie auch mit dem Rectum verwachsen waren. Beim Durchtrennen dieser Adhäsionen wurde ein intraperitonealer Abscess eröffnet.

*) Vortrag, gehalten auf der 61. Jahresversammlung der «British Medical Association» in Newcastle-on-Tyne, vom 1. bis 4. August 1893. — Mitgeteilt von Léon Leibowitz.

Der Uterus war nach hinten an das Rectum angeheftet. Die Tubae Fallopiae zeigten einen hohen Grad von Congestion.

An der rechten Tuba fand sich an zwei Stellen eine Eiteransammlung; die eine am Fimbrienende; dieses letztere war dilatirt und haftete fest an das Ovarium. Die linke Tuba enthielt keinen Eiter, sie war aber impermeabel. Beide Ovarien waren intact. Die supponirte Phlegmone war nicht vorhanden.

Dieser soeben berichtete Fall ereignete sich im Jahre 1856 und wurde im Jahre 1857 publicirt; aber es war erst im Jahre 1862, als BERNUTZ in Gemeinschaft mit seinem Freunde GOUPIL in gesammelter Form jene denkwürdigen und wunderbaren klinischen Memoiren publicirte, die von Zeit zu Zeit in den Archives Générales de Médecine erschienen waren, und die den bei weitem wichtigsten Beitrag zur Literatur der Gynäkologie darstellen, der jemals gemacht worden ist.

Die Publication des in Rede stehenden Werkes, gestützt auf eine Menge klinischer Thatsachen und Sectionsbefunden, die im höchsten Grade überzeugend waren, stellte ein für alle Mal fest, oder hätte ein für alle Mal die wahre Natur der Mehrzahl der Tumoren, die man bis dahin einer Cellulitis im Becken zugeschrieben hatte, feststellen sollen. Ich sage, die Mehrzahl der Tumoren, denn BERNUTZ leugnete nicht — wie man bisweilen irrthümlicher Weise annimmt — das Vorhandensein einer Phlegmone oder einer entzündlichen Exsudation zwischen den Schichten der Ligamenta lata, speciell bei puerperalen Fällen; aber er betrachtete sie als selten im Vergleiche zu den Tumoren in Folge von Beckenperitonitis, und er selbst hatte niemals einen solchen Fall in necropsia gesehen.

Die Schlussfolgerungen, zu denen BERNUTZ bei seinen Untersuchungen gelangt war, wurden von ihm selbst wie folgt zusammengefasst:

1. Die Entzündung des Beckenperitoneum ist eine Krankheit, die man sehr häufig antrifft.

2. Der Tumor, den man in Fällen von Beckenperitonitis post-mortem findet, wird dadurch gebildet, dass zahlreiche im Becken gelegene Eingeweide in Folge der Entzündung mit einander verwachsen.

3. Die Entzündung der Serosa des Beckens hat immer eine symptomatische Bedeutung und sie ist im Allgemeinen ein Symptom einer Entzündung der Ovarien oder der Tubae Fallopiae.

Man sollte nun meinen, dass die Ansichten von BERNUTZ, die von ihm mit einer solchen Gründlichkeit und Klarheit auseinandergesetzt worden waren, auch zum Gemeingute aller Aerzte wurden. — Dem war jedoch nicht so. MATTHEWS DUNCAN bestritt die Richtigkeit dieser Anschauungen, indem er sich auf die Sectionsbefunde berief — und so weit er nach dieser Richtung ging — that er es auch mit Erfolg, geradezu mit Triumph.

Er that durch Necropsien dar, dass gerade diejenigen Fälle, welche die Symptome und die Zeichen der Cellulitis oder der parametrischen Phlegmone dargeboten hatten, Fälle von Beckenperitonitis darstellten. Während man aber einerseits Dr. MATTHEWS DUNCAN in dieser Beziehung vollkommen beipflichten muss, so glaubte er andererseits, dass BERNUTZ, als er die früher erwähnten Conclusionen formulirte, daran vergessen hatte, dass alle Fragen nicht durch Necropsien gelöst werden können, und er glaubte somit des Weitern, dass BERNUTZ sich durch seinen Enthusiasmus für die Sache, die er vertreten hatte, dazu verleiten liess, die Häufigkeit der Beckenperitonitis und die Seltenheit der parametrischen Phlegmone als Thatsache hinzustellen.

Wenn nun MATTHEWS DUNCAN mit seiner sonst so gesunden und unparteiischen Beurtheilung wissenschaftlicher Leistungen in den Fehler verfallen konnte, den Resultaten der BERNUTZ'schen Beobachtungen ihren wahren Werth nicht angedeihen zu lassen, so glaube ich, dass es uns nicht Wunder nehmen darf, wenn andere Männer von geringerer Bedeutung als er, dasselbe thaten.

Ich will Sie nicht damit lange aufhalten, die Gründe für diese allgemein verbreitete Vernachlässigung der Beobachtungen von BERNUTZ aufzusuchen, sondern ich will mich nur darauf beschränken, zu bemerken, dass diese neuen Anschauungen vielleicht eine grössere Aufmerksamkeit auf sich gelenkt haben würden, wenn man denselben irgend welche Bedeutung für die Behandlung solcher Fälle zugeschrieben hätte. Es waren jedoch viele Jahre verstrichen, bevor die Entdeckungen von BERNUTZ eine praktische Bedeutung gewannen, und sogar zu dieser Zeit war dies zunächst nicht die directe Folge der BERNUTZ'schen Beobachtungen, sondern vielmehr der Ausfluss jener chirurgischen Unternehmungen, die — gerade so wie sie bei der operativen Behandlung der Nierenkrankheiten neue Wege der Erkenntniss eröffneten und neue Möglichkeiten einer Erleichterung und Genesung von dem Leiden schufen — auch auf dem Gebiete anderer Organe und namentlich derjenigen, welche hauptsächlich beim Hervorbringen der Beckenperitonitis betheiligt sind — dieselbe Richtung eingeschlagen hatten.

* * *

Die Becken-Cellulitis, eine im Allgemeinen secundäre Erkrankung.

Während der letzten fünf oder sechs Jahre führte ich den Bauchschnitt in fast hundert Fällen aus, die ich in der ersten Zeit meiner chirurgischen Laufbahn als wohl ausgesprochene Beispiele von Beckencellulitis angesehen haben würde — nämlich Fälle, in denen die Beweglichkeit des Uterus mehr oder weniger aufgehoben war, und in denen harte, unregelmässige und fixirte Tumoren oberhalb des einen oder beider Scheidengewölbe gefühlt werden konnten, und die sich häufig bis in das Cavum Douglasii erstreckten.

In der grossen Mehrzahl dieser Fälle fand ich gar keine Anzeichen der Cellulitis, und dort, wo die Cellulitis beobachtet werden konnte, war es ganz klar, dass dieselbe secundär war, und dass sie auf Rechnung von Salpingitis und Peritonitis kam, welche die Hauptaffectionen darstellten. In keinem dieser Fälle war eine entzündliche Exsudation in dem Zellgewebe der Ligamenta lata oder sonstwo anzutreffen, die genügt haben würde, um einen ausgesprochenen Tumor zu bilden, der bei der bimanuellen Untersuchung als solcher erkennbar gewesen sein würde. In manchen Fällen chronischer suppurativer Entzündung der Uterusadnexa waren die Ligamenta lata der Sitz eines gewissen Grades von Verdickung in Folge entzündlicher Exsudation; dies fand sich jedoch nur in der Nachbarschaft der eitrigen Erkrankung vor, und die Verdickung überschritt nur selten den achten Theil eines Zolles, und sogar in den extremen Fällen überschritt dieselbe niemals einen halben Zoll.

* * *

Die Entzündung im Becken, gemeinhin eine Peritonitis bedingt durch Salpingitis.

Der gewöhnliche Stand der Dinge bei Eröffnung des Abdomens in solchen Fällen ist folgender:

Der Inhalt des Beckens ist gewöhnlich durch das grosse Netz verdeckt; das letztere erscheint heruntergezogen und verdeckt die Eingeweide auf der Vorderseite; dasselbe geht sowohl mit dem Peritoneum so wie auch mit dem Uterus und andern Beckeneingeweiden Adhäsionen ein. Bisweilen findet man, dass dem Omentum auch Dünndarmschlingen adhäriren. Wenn man das Netz trennt und bei Seite schiebt, so sieht man, dass eine Seite oder der ganze hintere Theil des wahren Beckens von einer unkenntlichen Masse mit einander verwachsener Eingeweide ausgefüllt wird. Der Uterus selbst findet sich bisweilen in diese Masse eingegraben, aber in andern Fällen ist wenigstens sein oberer Theil frei. Wenn man die Tuba Fallopiae auf der erkrankten Seite von ihrer Anwachsungsstelle am Uterus nach aussen verfolgt, so findet man oft, dass sie im allerersten Theile, ungefähr in der Ausdehnung eines halben Zolles von normaler Weite ist, und dass sie sich dann in den adhärenten Massen verliert. Wenn man diese letzteren Massen trennt und zur Anschauung bringt, so findet man stets, dass

sie aus den Uterinadnexis, die durch die Entzündung mehr oder weniger verändert sind, zusammengesetzt seien.

Es findet sich immer Salpingitis vor, und die entzündete und verdickte Tuba überdeckt gewöhnlich das Ovarium. In einer grossen Zahl von Fällen erscheint das Ovarium selbst normal, mit Ausnahme des Umstandes, dass es immer adhärent ist. In andern Fällen befindet es sich im Zustande einer initialen cystösen Degeneration. Ich meine nicht jenen harmlosen Zustand, den man bisweilen als eine initiale cystöse Degeneration bezeichnet, in welchem mehrere GRAAF'sche Follikel durch Serum ausgedehnt sind und sich als transparente Erhabenheiten auf der Oberfläche eines sonst normalen Ovarium präsentiren, sondern ich spreche von dem Zustand, in welchem sich wahre Cysten von variabler Grösse vorfinden, und in welchem die normale Structur des Organs durch dieselben mehr oder weniger substituirt wurde. So oft der seitliche Tumor so gross ist, dass er den Uterus auf die entgegengesetzte Seite hinüberdrängt, kann man diesen Zustand des Ovarium vermuthen.

In vielen Fällen findet man die Cysten im Ovarium in einem Zustande der Eiterung, indem ihr Inhalt vorher von den entzündeten und eiternden Tuben aus inficirt wurde. Von primärer Ovariitis, sei es acute oder chronische, die von manchen Autoren als eine gewöhnliche Krankheit und als die häufige Ursache der Beckenperitonitis hingestellt wird, habe ich kaum (mit Ausnahme von tuberkulöser Erkrankung) einen einzigen Fall beobachtet.

Was die Tuben betrifft, so ist der erste bemerkenswerthe Punkt der Umstand, dass die Zeichen der peritonealen Entzündung stets in der Nachbarschaft des Fimbrienendes am meisten ausgesprochen sind, ein Moment, welches deutlich zeigt, dass die Beckenperitonitis durch ein directes Weitergreifen von der Mündung des entzündlichen Eileiters, oder in Folge einer Entleerung der krankhaften Secretionen aus der Tuba entstanden sei. Dort, wo die Secretion aus der entzündeten Tuba hauptsächlich schleimigen Characters ist, mit einer nur geringen Beimengung von Eiterkörperchen, wird die Intensität der Entzündung um das abdominale Ostium der Tuba herum nur durch eine ausserordentliche Dichtigkeit der Adhäsionen an jener Stelle und durch nichts mehr angezeigt.

Wenn hingegen die Secretion durchaus eitriger Natur ist, so trifft man einen von zwei Zuständen an, je nachdem ob das Fimbrienende der Tuba offen bleibt, oder geschlossen wurde. In dem erstgenannten Falle findet man einen intraperitonealen Abscess, der zwischen den Adhäsionen eingekapselt erscheint, und der seinen Inhalt aus der eitrigen Entleerung aus der offenen Mündung der eiternden Tuba bezieht.*)

In dem zuletzt genannten Falle dehnt der Eiter, der sich in der obliterirten Tuba angesammelt hat, dieselbe aus, bisweilen gleichmässig, aber viel häufiger unregelmässig, so dass er entlang der Tuba eine Reihe von Buchten und Taschen bildet, die mit Eiter erfüllt sind, und in beiden Fällen den Zustand darstellt, der als Pyosalpinx bekannt ist.

Die Veränderungen in den Wänden der Tuben sind die folgenden:

In den acuten Fällen findet man die Schleimhaut, einschliesslich der prominenten Longitudinalfalten, stark geröthet und geschwellt und mit einem eiterigen oder schleimig-eitrigen Secret bedeckt; bei den chronischen Fällen ändert sich der Zustand je nachdem, ob die entzündlichen Secrete innerhalb der Tuba verbleiben, oder durch das offene Fimbrienende entleert werden. In dem erstern Falle ist die Schleimhaut entweder deutlich ulcerirt, oder von Granulationsgewebe bedeckt; in dem letztern Falle, wenn sich dieselbe ihrer Secrete entledigt hat, findet man häufig, dass die Schleimhaut ihr normales Aussehen mehr oder weniger vollständig wiederbekommen hat, mit Ausnahme der Nachbarschaft des adhärenten Abdominalostium, wo sie häufig intensiv geröthet und ödematös ist. Die auffallendste Veränderung bei den chronisch entzündeten Tuben wird bedingt durch ein Uebergreifen der Entzündung auf die mittlere Schichte oder die Muskelschichte, die in Folge einer entzündlichen Exsudation zwischen den Bindegewebselementen der Muskelschichte verdickt und indurirt erscheint; diese entzündliche Exsudation bewirkt auch eine unregelmässige Trennung der einzelnen Muskelfasern von einander und bedingt so eine allgemeine Verdickung der Tubenwand, die häufig einen Dickendurchmesser von einem achtel bis zu einem halben Zoll besitzt. Die Vergrösserung des Eileiters manifestirt sich nicht bloss durch eine Zunahme in seiner Weite und Circumferenz, sondern häufig auch durch eine Zunahme in seiner Länge — und da diese Zunahme in der Länge innerhalb eines beschränkten Raumes geschieht, so besteht häufig das Endresultat darin, dass die Tuba verdoppelt und in sich selbst gefaltet erscheint, indem sie so eine Reihe von Windungen bildet.

In vorgeschrittenen Fällen können noch weitere Veränderungen vor sich gehen; wenn die Eiter enthaltende Tuba mit dem cystösen Ovarium Adhäsionen eingeht, so kann ihre Wand ulceriren und es kann Perforation eintreten; in Folge dieses Umstandes kann sich der eiterige Inhalt der Tuba in das Innere der Cyste entleeren und auf diese Art einen tubo-ovarialen Abscess hervorbringen. Das Resultat eines solchen Ereignisses ist das plötzliche Auftreten einer sehr heftigen Beckenperitonitis, die das Leben der Kranken in eine drohende Gefahr bringt. Man darf jedoch nicht glauben, dass so oft eine entzündete und eitrige Tuba plötzlich in eine grosse Abscesshöhle führt — ein Zustand, den man, was sein Aussehen betrifft, treffend mit dem Aussehen einer Retorte verglichen hat — man es unbedingt mit einem tubo-ovarialen Abscess zu thun habe. Ich habe unlängst auseinandergesetzt, dass ein tubo-ovarialer Abscess vorgetäuscht werden kann, und zwar durch eine plötzliche Ausdehnung der Tuba selbst, die auf diese Art eine merkwürdige und interessante Varietät des Pyosalpinx darstellt. Es finden sich zwei diesbezügliche Beispiele in dem Museum des St. Thomas Hospitals; in einem derselben wurde die wahre Natur des Leidens unwiderleglich durch die Thatsache festgestellt, dass man beide Ovarien der Patientin während der Operation als absolut gesund erkannte; sie waren nicht einmal adhärent. Ich kann diese Ovarien als Beleg für meine Behauptung nicht vorbringen, denn sie befinden sich noch immer im Körper der Patientin, die vollkommen genas.

(Fortsetzung folgt.)

*) Beckenabscesse, die in das Rectum oder in die Vagina bersten, haben fast immer diesen Character und sind nicht cellulitischen Ursprungs, wie man allgemein angenommen hatte.

Aus der Therapeutischen Klinik des Prof. Dr. M. Semmola in Neapel.

Aetiologie, Pathogenese und Behandlung der Pneumonie.

Von

Prof. Dr. Nicola Ferrara in Neapel.*)

(Fortsetzung.)

Bei der symptomatischen Behandlung der Pneumonie müssen wir verschiedene Symptome auseinanderhalten, und zwar: das Seitenstechen, die funktionelle Herzinsufficienz, die Insufficienz der Gesammtkraft des Organismus, die hohe Temperatur, den Husten und die Expectoration, die Dyspnoë und die drohende Asphyxie.

Seitenstechen. Der acute Schmerz ist oft eines der ausgesprochensten subjectiven Symptome des Kranken, der mit Insistenz nach einem Heilmittel verlangt. Handelt es sich um kräftige Individuen, dann können wir an den schmerzenden Punkt einige Blutegel oder blutige Schröpfköpfe appliciren; durch Entziehung einer geringen Blutquantität wird der Schmerz beträchtlich gemildert. Wenn der Schmerz kein so heftiger ist,

*) Siehe «Internat. Klinische Rundschau» Nr. 31, 33, 36, 38, 1893.

so hilft oft die Application eines Senfteiges oder die Einreibung mit Oleum Hyosciami und Chloroform. Wirksame Mittel sind: die subcutane Injection von 0·01 Morphium oder die Anwendung des galvanischen Stromes: durch Application der Anode auf die schmerzende Stelle und der Kathode auf einen beliebig anderen Punkt, unter Anwendung eines schwachen Stromes von nicht langer Dauer, kann man den Schmerz auf mehrere Stunden unterdrücken.

Functionelle Herzinsufficienz und allgemeine Schwäche. Die Insufficienz des Herzens zusammen mit dem Verfall der Kräfte bildet den Cardinalpunkt bei der Behandlung der Pneumonie. Bei der Herzinsufficienz ist die Function des Herzens mehr oder weniger geschwächt wegen behinderter Circulation in der Lunge in Folge der fibrinösen Infiltration, ferner wegen Verminderung der respiratorischen Oberfläche und Einschränkung der Athembewegungen, wegen des Fiebers und hauptsächlich wegen der Einwirkung der Bacteriengifte, die das Myocardium und dessen Innervation zu paralysiren trachten. Unter solchen Bedingungen braucht das Herz, gleichsam um eine Autocompensation herzustellen, seine ganze Reservekraft oder wenigstens einen Theil derselben auf.

Begreiflich sind die Folgen der Herzinsufficienz mehr ausgesprochen, wenn dieses Organ an einer Affection des Klappenapparates oder des Myocardiums oder Pericardiums erkrankt ist, oder wenn die Pneumonie ein Individuum befällt, das an nervöser Erschöpfung leidet oder mit Arteriosklerose behaftet ist.

Wenn diese letztere, die sich langsam aber ununterbrochen entwickelt, deren Anfänge zuweilen schon in dem ersten Monate nach der Geburt nachweisbar sind und die als eine physiologische Arteriosklerose beschrieben werden könnte, frühzeitig auftritt, so muss der Arzt darauf besondere Rücksicht nehmen bei acuten Krankheiten, namentlich bei der Pneumonie, deren Physiognomie durch eine vorhandene Arteriosklerose modificirt und prognostisch ernster gemacht werden kann. Wenn die Pneumonie ein bejahrtes Individuum oder einen an den Arterien kranken Menschen befällt, der infolgedessen Symptome grosser Herzschwäche darbietet, so wiederhole ich mit Semmola, dass in diesem Falle die Krankheit in der Lunge ist, die Gefahr jedoch im Herzen liegt, und ich bestehe mehr als je darauf, dass die Therapie vor Allem auf dieses Organ ihr Augenmerk richten müsse.

Eines der besten Mittel um die allgemeinen Kräfte und die Energie des Herzens bei der Pneumonie aufrecht zu erhalten, ist der Alkohol.

Ich unterlasse es hier, über die Wandlungen zu sprechen, die der Alkohol bei der Behandlung der Pneumonie erfahren hat, seit Louis de Tyrone (1845), der sich desselben als Heilmittel zuerst bediente, bis zu Todd, der ein warmer Fürsprecher gewesen. Nach dem Tode Todd's erfolgte in England die Reaction gegen dessen Methode, aber später kam der Alkohol wieder zu Ehren, und heute wird er von der Mehrzahl der Aerzte wärmstens empfohlen.

Der Wirkungsmechanismus des Alkohols ist jedoch noch nicht klargelegt. Gubler hält ihn für ein dynamogenes Mittel, das die allgemeinen Kräfte des Nervensystems erregt; Binz bezeichnet ihn als ein Antithermicum, das durch Einwirkung auf das Protoplasma der Zellen deren Stoffwechsel herabsetzt; Roquin sieht in dem Alkohol ein Mittel, das sich der organischen Desintegration entgegensetzt; ein grosser Theil der Pharmakologen und Therapeuten hält ihn für ein respiratorisches Nahrungsmittel.

Wahr ist es, dass der Alkohol, indem er sich rasch oxydirt, die organische Desintegration aufhält, aber er wirkt, hauptsächlich als diffusives Excitans und als ein dem Organismus homogenes Mittel, analeptisch, hebt die Körperkräfte und belebt die Organe, die durch die von dem Diplococcus erzeugten Gifte bedroht erscheinen; er hält also die organische Thätigkeit der Ausscheidung von toxischen Prinzipien rege. Ich denke, dass eben nur dieser eliminatorischen Thätigkeit die wohlthätige Wirkung des Alkohols bei der Pneumonie zuzuschreiben sei.

Der Alkohol wirkt nicht bei der Pneumonie durch einen spezifischen Einfluss, den ich nicht zu begreifen vermag, auch nicht dadurch, dass er in der Dosis, die man anwendet, die Temperatur erniedrigt, indem er die organische Abnützung hintanhält, denn wenn auch durch die Anwendung des Alkohols ein Temperaturabfall (minimalen Grades) stattfindet, so muss diese Thatsache, wie dies Tamburini nachgewiesen hat, weniger in dem Einflusse auf den Oxydationsprozess, als in der Einwirkung auf das Nervensystem, das durch die vasomotorischen und thermischen Nerven die Produktion und die Vertheilung der thierischen Wärme regelt, gesucht werden.

Man muss den Alkohol in jedem Falle von Pneumonie verschreiben, und es darf nicht behauptet werden, dass diese, als cyklische Krankheit, in den gewöhnlichen Fällen durch die einfache Hygiene und eine geeignete Diätetik der Resolution zugeführt werden könne. Es genügt in die Statistik Jaccoud's, aus welcher erhellt, dass die exspectative Behandlung viel geringeren Erfolg als die alkoholische Behandlung sichert, Einsicht zu nehmen, um sich zu überzeugen, wie gross der Nutzen des Alkohols ist.

Man verschreibt den Alkohol nach folgendem Recepte:

Rp. Alcohol aethyl. puriss.	50·00
Aquae	500·00
Syr. cort. aurant.	30·00

DS. Löffelweise binnen 24 Stunden zu nehmen.

Täglich wird die Menge des Alkohols um 5 bis 10 *gr* erhöht und man geht bis zur Maximaldosis von 100 bis 120 *gr* hinauf. Nach erfolgter Krisis wird die Gabe allmälig vermindert, niemals darf man aber mit der Darreichung des Medikamentes plötzlich aussetzen. Die oben angegebene Alkoholmenge ist die mittlere Dosis. Je nach Alter, Geschlecht, Gewohnheiten etc. muss eine grössere oder geringere Dosis verschrieben werden. Statt des puren Alkohols kann man Wein, Cognac, Rhum, etc. verwenden.

Als unterstützende Mittel der Alkoholbehandlung kann man, wenn der Kräfteverfall ein sehr grosser ist, viele andere excitirende Arzneisubstanzen anwenden, wie z. B. Baldrian, Arnica, Serpentaria, Kampher u. s. w., die jedoch nur bei absolutem Bedürfnisse und mit grösster Vorsicht verabreicht werden sollen, da sie ganz und gar nicht neue Nervenkraft hervorrufen und sogar später die Gefahr einer noch grösseren nervösen Erschöpfung veranlassen können.

In den mit schwerer Herzaffektion komplizirten Fällen wird man zu den Digitalinkörnern Homolle's und Quevenne's, oder zum Infusum Adonis greifen, nur ausnahmweise zur Tinctura Strophanti, da Strophantus ein ziemlich gefährliches myocardiocynetisches Mittel ist. Ganz kleine Dosen, z. B. 4 bis 6 Tropfen, sind zwar ganz ungefährlich, sie sind aber auch völlig unwirksam.

Eine besondere Erwähnung verdienen das Chinin nnd das Coffeïn.

Das Chinin in kleineren Gaben hat eine tonische Wirkung auf das Herz, und regt eigentlich die Diastole an, worauf eine Steigerung der Stärke des systolischen Impulses folgt. Demnach äussert sich eine wohlthätige Wirkung auf den Lungenkreislauf nicht nur in Folge einer stärkeren systolischen Zusammenziehung, sondern auch in Folge einer grösseren Aspiration von Blut aus der Lunge während der Diastole. Zu diesem Zwecke wird das Chinin (die hypodermatische Injektion ist der Darreichung per os vorzuziehen) in der Dosis von 20 bis 40 Centigramm in den 24 Stunden verabreicht. Wenn man das Chininvalerianat verschreibt, welches mit der Wirkung der Base jene der Baldriansäure als excitirendes Mittel verbindet, so muss dieses Salz per os verabreicht werden, da es sich, wegen seiner sehr geringen Löslichkeit, zu subkutanen Injektionen nicht eignet.

In Fällen von Herzadynamie in Folge der Lungenentzündung verdient das Coffeïn in starken Gaben den Vorzug. Wie

SEMMOLA nachgewiesen hat, regt dieses Mittel einerseits und hauptsächlich die bulbäre Herzinnervation an, andererseits das Myocardium, wodurch es indirect und direct dazu beiträgt die Energie der Systole zu heben. Indem es ferner eine aktive Dilatation der kleinen Arterien veranlasst, setzt es den arteriellen Blutdruck herab und erleichtert den Abfluss des Blutes aus der Lunge. Die beste Art der Darreichung des Coffeïns ist die hypodermatische. In Verbindung mit Natrium benzoicum oder salicylicum löst sich das Coffeïn in destillirtem Wasser sehr gut auf, indem es sich darin zu einem Doppelsalz umwandelt. Die beste Verschreibungsweise ist die folgende:

Rp. Coffeïni puri 2·00
Natr. Benz. 2·00
Aq. dest. 8·00

DS. Zu Einspritzungen unter die Haut. 2 bis 4 Einspritzungen täglich.

Ich will nicht unerwähnt lassen, dass bei drohender Herz-Lungenlähmung das Strychnin, hypodermatisch in Dosen von 2 bis 3 Milligramm täglich angewendet, von sehr grossem Nutzen ist BACCELLI und MARAGLIANO sprechen sich über die Wirksamkeit dieses Mittels sehr lobend aus.

(Fortsetzung folgt.)

Ethisches aus der Praxis Anderer.

Von **Dr. Mensinga** in Flensburg.

Immer mehr beginnen die Vertreter der exacten Wissenschaft die generative Thätigkeit des Weibes vom socialhygienischen Standpunkte aus zu betrachten.

Zu den obigen kühnen Männern gesellt sich in neuester Zeit der bekannte DÖDERLEIN zu Leipzig.

In der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig (Sitzung vom 15. Mai 1893) trug DÖDERLEIN eine Krankengeschichte vor über «gonorrhoische Salpingitis.»

Die 35 Jahre alte Patientin hatte in 10 Jahren und 9 Schwangerschaften 8 ausgetragene Kinder geboren, bei einem Manne, der angeblich vor der Heirath lang an Gonorrhoe gelitten. Letztere hatte also nicht den geringsten Einfluss auf die Fruchtbarkeit des Weibes ausgeübt. Während des letzten neunten Wochenbettes im Januar 1893 acquirirte der Mann eine neue Gonorrhoe, womit er seine Frau Ende Februar, also 6 Wochen post puerperium, inficirte. Anfang März traten Schmerzen im Leib auf, die sich immer mehr steigerten. Erste Beobachtung am 21. März. Behandlung erfolglos; am 4.—5. April Untersuchung in Narcose; rechte Tube hart, fingerdick, hochstehend, der vorderen Beckenwand anhaftend, rechtes Ovarium nicht vergrössert, linkes Ovarium hühnereigrosser cystischer Tumor, linke Tube schlank, beweglich.

Laparotomie am 15. April. Eine Dünndarmschlinge der rechten adhärenten Tube ziemlich fest, flächenhaft anhaftend; wahrscheinlich entstanden durch eine schwere Peritonitis nach der sechsten Geburt im Jahre 1888. Im linken Ovarium eine Blutcyste. Linke Tube anscheinend gesund, fehlerfrei, aus der Tube kein Inhalt ausdrückbar.

«Da sich an der entfernten rechten Tube etwas Eiter vorfand und die Frau schon mit Nachkommenschaft reichlich gesegnet war, nahm DÖDERLEIN die linke Tube auch mit fort, wäre aber die Erhaltung der Conceptionsfähigkeit sonst erwünscht gewesen, hätte er gewiss die linke Tube so wie das rechte Ovarium zurückgelassen.»

DÖDERLEIN erwähnt das Letztere mit Nachdruck, da ja mit vollem Rechte gerade bei der Exstirpation der erkrankten Adnexe auf die Erhaltung der Fortpflanzungsfähigkeit besonders Gewicht gelegt wird, die aber hier trotz des anscheinend gesunden Zustandes der linken Tube wohl zu üblem Ausgang Anlass gewesen wäre. (Bei der nachherigen mikroskopischen Untersuchung zeigte es sich, dass die linke Tube zwar vollständig gesund, nirgendwo Pathologisches an derselben zu finden war, dass aber die Schleimhaut von Gonococcen wimmelte; dass also die Aussicht auf Erkrankung auch dieses Organes unbedingt vorhanden war. DÖDERLEIN plaidirt also für Entfernung beider Tuben, wenn auch nur eine sollte pathologisch verändert erscheinen.)

Das Wesentliche nun in Bezug auf die Proliferation des Weibes, was DÖDERLEIN als massgebend für die Entfernung auch der zweiten Tube ansah, war das, dass nach seiner Einsicht die Frau schon reichlich ihre Pflicht gethan, sie schon Nachkommenschaft genug hatte, die Conceptionsfähigkeit also nicht mehr erwünscht war.

Dieser Punkt ist bis vor wenigen Jahren noch niemals von den Aerzten realiter zu betrachten gewagt; immer mehr und mehr aber bequemt sich die Wissenschaft dazu, die socialen — die hygienischen Nebenverhältnisse der kranken Frauen wesentlich für ihr Handeln mit in Betracht zu ziehen, sich von überlebten religiösen, respektive alttestamentarischen Vorstellungen: dass man eine Frau **überhaupt** nicht unfruchtbar machen dürfe loszusagen.

Das ist der wissenschaftliche Fortschritt des letzten Decenniums, dass man die sociale Stellung der Frau um etliche Grade höher stellt, dass ihr Leben, wo es in Frage kommt, uns zunächst als das Heiligste erscheinen solle, wäre es auch auf Kosten ihres Weltberufes (der Erhaltung der Gattung), denn mit Rücksicht auf ihre bereits geborenen Kinder ist ihr Leben einfach unersetzlich!

Die zarten Fäden, welche mit der steigenden Cultur, zwischen Mutter und Kind sich immer inniger gestalten, verursachen durch deren Zerreissung einen viel grösseren unheilbarenen Riss, als vor Zeiten, wo die Erziehung der Kinder lediglich eine Fütterungsaufgabe war, die jede zu verrichten vermochte, und wenn die bisherige durch den Tod daran verhindert wurde, leicht eine andere Sclavin zu demselben Zweck wiedergefunden wurde!

Dass sich hinterher bei der mikroskopischen Untersuchung die Nothwendigkeit der Ablatio Tubae noch einmal zeigte, änderte an dem Plan DÖDERLEIN's nichts; er hat nur einen doppelten Grund für sein Verfahren gefunden, in erster Linie den ethisch-prophylactischen, in zweiter den physisch-therapeutischen Grund.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.

3. Allgemeine Sitzung.

Prof. Ferdinand Hueppe: *Ueber die Ursachen der Gährungen und Infectionskrankheiten und deren Beziehungen zum Causalproblem und zur Energetik.*

Unter dem Eindrucke der Forschungen von GLISSON und HALLER und unter dem mächtigen Einflusse des ersten wirklich wissenschaftlichen Systems in der Medicin von BROWN war man schon gegen Ende des vorigen Jahrhunderts dahin gekommen, das «Wesen» der Krankheiten von den Krankheits-«Reizen» zu trennen und in den specifischen Qualitäten der letzteren den Grund für die Unterschiede der Krankheiten zu vermuthen.

Mit dem neuen Begriffe der «Reizbarkeit» stellte sich das Bedürfniss nach einer neuen Bezeichnungsweise ein, die durch HALLER, REIL, Joh. MÜLLER, gegeben wurde. Auch HENLE, LOTZE und VIRCHOW nahmen diese Terminologie fast ohne Aenderung an, so dass dieselbe für die die medicinische Wissenschaft noch volle Bedeutung hat. Auf einen für den Organismus, das Organ, das Gewebe, das Zellterritorium, für die Zelle äusseren Anstoss, den Reiz (irritans, irritamentum, incitamentum) tritt in dem getroffenen Gebilde je nach der Einrichtung desselben (summarisch als Irritabilitas, Excitabilitas oder Incitabilitas bezeichnet) eine Bewegung ein. Dieselbe äussert sich für unsere Wahrnehmung als eine Thätigkeit (actio, reactio) und die Veränderung führt zu einer neuen Lage, dem Reizzustande (irritatio, incitatio). Geht der Reiz

jedoch über ein gewisses Maas hinaus, auf welches das Gebilde durch Vererbung und Anpassung einsgetellt ist, so wird der äussere Reiz zu einer Krankheitsursache (causa externa, movens) und das Gebilde «leidet» (passio) und es erfolgt je nach dem Grade der Einwirkung eine Störung (laesio), Lähmung (paralysis) oder theilweiser und vollständiger Tod (necrobiosis, necrosis).

Nun beobachtete man, dass derselbe Reiz auf verschiedene Organe verschiedenartig einwirken konnte und musste deshalb aus dem verschiedenen Verhalten auf Verschiedenheiten der inneren Zustände der vom Reize getroffenen Gebilde schliessen. So kam man zum Begriffe der physiologischen und pathologischen Disposition oder Prädisposition, der Krankheitsanlage, der krankhaften Schwäche und im entgegengesetzten Falle der Immunität oder Seuchenfestigkeit. Diese Momente waren aber den grundsätzlich äusseren Reizen und den äusseren Krankheitsursachen gegenüber innere Krankheitsursachen (causa interna, vera, sufficiens, proxima, prima princeps.)

Im schroffen Gegensatze zu der ersten Ansicht, nach welcher die Qualitäten der Reize und äusseren Krankheitsursachen den Character, das «Wesen» der Krankheit allein bestimmen, diese äusseren Ursachen also wahre und ausreichende sein sollen, wird nach der zweiten Ansicht der Character, das «Wesen» der Krankheit von inneren Ursachen allein bestimmt.

Inhaltlich zeigt der Gegensatz beider Auffassungen das Ringen des LICHTENBERG'schen «Ursachenthiers» nach bestimmten Begriffen, die man mit dem Wort Ursache, causa, zu verbinden hat. Ursachen sind aber zunächst nichts weiter als die unerlässlichen Bedingungen eines Erfolges oder auch diejenigen Dinge, aus deren Wechselwirkung ein Erfolg hervorgeht. In diesem Sinne entspricht die erste Auffassung der alten volksthümlichen Idee, nach welcher gleiche Ursachen stets gleiche, verschiedenartige Ursachen stets verschiedenartige Wirkungen hervorbringen, nach der aber auch kleinste Ursachen grösste Wirkungen ermöglichen, nach der also Ursache und Wirkung nicht nothwendig adäquat oder äquivalent sind. Die zweite Auffassung, die viel jünger ist, stellte sich erst mit dem Aufblühen der Naturwissenschaften und den durch dieselben gezeitigten erkenntnisstheoretischen Untersuchungen über das Causalproblem ein. Diese Auffassung, nach der gleiche Ursachen unter verschiedenen Bedingungen verschiedene Wirkungen haben, deckt sich, wie ich später zeigen werde, für die Krankheitsgenese mit der Ansicht von der Identität oder Aequivalenz von Ursache und Wirkung. Auf jeden Fall verbindet man mit dem Worte Ursache thatsächlich diesen Doppelsinn.

Während in den exacten Wissenschaften eine Klärung wenigstens sachlich angebahnt, wenn auch noch lange nicht überall formell durchgeführt ist, in den letzten Jahren sogar vielfache Untersuchungen über Energetik dies Problem von neuem aufgenommen haben, lebte in der Pathologie der Gegensatz unter dem Einflusse der parasitären Theorie der Infektionskrankheiten wieder auf, insofern als die Mikroparasiten als die wahren Ursachen dieser Krankheiten, als deren «Wesen» ermittelt schienen. An dieser Erscheinung ändert es auch gar nichts, dass viele Pathologen die inneren Ursachen als «Wesen» der Infektionskrankheiten von den äusseren trennten, die allein kurzweg als Ursachen bezeichnet wurden. Statt wirkliche Klärung zu bringen, haben im Gegentheil diese Trennungsversuche nur weitere Unklarheiten gebracht. Die Idee, dass wir das «Wesen» der Krankheiten ergründen können, ist ein trostloser Rest der in den exacten Wissenschaften meist glücklich überwundenen Ontologie. Einem anderen, von Zeit zu Zeit aufgegewärmten Rest der Ontologie begegnen wir in den Versuchen, die Krankheiten selbst als Species aufzufassen, wie dies zuerst SYDENHAM gethan hatte.

Wenn man in der Medicin so hartnäckig an diesen Dingen festgehalten hat, so dürfte dies wohl zum Theil daher rühren, dass bei dem Absolviren des Brodstudiums die allgemeine naturwissenschaftliche und begriffskritische Bildung der meisten Aerzte zu kurz gekommen ist und noch kommt. Für die nach weiterer Erkenntniss Ringenden dürfte aber wohl auch der Umstand in Betracht kommen, dass LOTZE, der Philosoph unter den Pathologen, der zuerst die Pathologie als mechanische Naturwissenschaft darzustellen suchte und dadurch direct und indirect grossen Einfluss auf viele Generationen von Aerzten gewann, als Philosoph sich nie vom ontologischen Auffassungen frei zu machen vermochte.

Die Bezeichnungen an sich würde man noch ruhig hinnehmen können. Jede Periode hat nach dieser Hinsicht ihre besondere Färbung, die die Periode meist überlebt. Zur Zeit der KEPPLER, GALILEI, NEWTON war dieselbe sogar theologisch, im vorigen Jahrhundert suchte EULER die Physik teleologisch, darzustellen, dann wurde die Auffassung wieder naiv-ontologisch, ist jetzt mehr mechanisch und dürfte wahrscheinlich monistisch werden und daneben haben wir sogar in einer etwas sonderbaren fin de siécle-Literatur, besonders in der Entwickelungsgeschichte, auch jetzt wieder mit teleologischen und sogar mit theologischen Formulirungen zu rechnen.

Aber es kann keinem Zweifel unterliegen, dass inhaltlich für die moderne Zellular-Pathologie die kranke Zelle ein «ens morbi» geblieben ist und diese VIRCHOW'sche Auffassung ist ebenso unzweideutige Ontologie, wie die von VIRCHOW bekämpfte Auffassung von SYDENHAM, das die Krankheiten Species sind.

Es ist ein schlechter Trost, zu sehen, dass es auch in den exacten Wissenschaften und in der Begriffskritik lange gedauert hat, bis man sich von der Idee frei machte, dass man das Wesen der Dinge begreifen könne. Erst die Untersuchungen von SPINOZA, besonders aber von LOCKE, HUME, KANT haben uns in der Erkenntnisstheorie, FARADAY und J. R. MAYER in den exacten Wissenschaften, REIL und Joh. MÜLLER in der Physiologie von dieser Idee zu befreien begonnen. Und doch sehen wir, dass selbst Exacteste der Exacten, wie HELMHOLTZ, im Ausdrucke fort und fort schwanken und das Wort «Ursache» bald in dem einen, bald im andern Sinne anwenden, also ganz verschiedene Begriffe damit verbinden. Für weniger Sattelfeste, die im Ausdrucke auch eine Anweisung, ein Recept zum Denken nöthig haben, wird aber ein solches Schwanken im Ausdrucke leicht verhängnissvoll. Man darf sich aber darüber nicht wundern, d a s o l c h e A u s d r ü c k e d o c h e r s t e i n m a l e i n d e u t i g d e f i n i r t s e i n m ü s s e n. Die Begriffe haben sich erst allmählich entwickelt, geändert, gefestigt und zu verschiedenen Zeiten wurden ganz verschiedene Dinge als selbstverständlich bezeichnet.

Die Entwickelung des Causalbegriffes lehrt, dass die Stammeserfahrung, die uns in kurzen Schlagworten und Handlungen überliefert wird, dass die durch die Sinne und Muskelbewegungen vermittelte innere, scheinbar unbewusste Eigenerfahrung einen wesentlichen Antheil an der Bildung der Causal-Urtheile haben und diese Erfahrungen mussten eben erst gewonnen und zu bestimmten Begriffen ausgebildet werden.

Dass das Causalgesetz in diesem allgemeinen Sinne ein rein transcendentales und a priori gegebenes sei, hat KANT behauptet. Wenn aber die Metamathematiker versuchen konnten zu beweisen, dass die mathematischen Axiome nicht einfach a priori gegeben sind, so darf man im Zeitalter von BAER und DARWIN wohl auch darauf aufmerksam machen, dass dem phylosophisch grübelnden Culturmenschen tausende von Stammeserfahrungen unbewusst zu Gebote stehen, die ihm a priori gegeben scheine, die aber die Menschheit aus ihren rohesten Anfängen heraus erst in harten Kämpfen und nach vielen Misserfolgen gewinnen konnte. In diesem Sinne scheint mir HUME, der hierin von KANT gründlichst missverstanden wurde, naturwissenschaftlich viel richtiger gedacht zu haben, wenn er das Causalgesetz durch die Beziehungen unseres Willens zu den Bewegungen gegeben auflasst und damit die inneren Erfahrungen wie es STRICKER nennt, zu ihrem Rechte kommen lässt. Diese inneren Erfahrungen, sind aber durchaus nicht einfach a priori gegeben, sondern zum Theil individuell erworben, zum Theil Stammeserfahrungen, die sich bei der Bildung des Causalgesetzes nicht verleugnen. Geht man von der allgemeinen Begreifbarkeit der Welt zur Bildung eines einzelnen Causal-Urtheils über, so ist die Erfahrung unerlässlich und HUME sagte sehr richtig: «Da ist ohne Erfahrung trotz allen Scharfsinnes unmöglich, voraus zu sagen, welche Folgen ein Ereigniss haben werde», eine Auffassung, der sich auch KANT nicht entziehen konnte. Der Philosoph ist den Thatsachen gegenüber so gut Empirist wie der Naturforscher.

Der Causalbegriff sagt demnach zunächst gar nichts weiter aus, als die nothwendige Verknüpfung zweier aufeinander folgender Erscheinungen, nichts als die Abhängigkeit der Erscheinungen von

einander, nichts als die Begreifbarkeit der Natur. In dieser Abhängigkeit ist vielleicht, aber zunächst und a priori nicht nothwendig, auch der Identitätsbegriff enthalten.

Wie hat man nun die Beziehung, in welche im Causal-Urtheil die Begriffe concreter Ursachen und Wirkungen zu bringen sind, thatsächlich dargestellt? Nach der Darstellung, die KANT gegeben hat und über welche die Erkenntnisstheorie als Begriffskritik weder inhaltlich noch formell hinausgekommen ist, gehören zu jedem Vorgang, zu jeder Zustandsänderung ein Gegenwärtiges, welches den Vorgang bewirkt und welches deshalb als eigentliche «wirkende» Ursache aufzulassen ist. Hiervon wird unterschieden ein der Zustandsänderung Vorhergehendes, welches den Eintritt des Vorganges ermöglicht und welches als Gelegenheits-Ursache aufzufassen ist. Der Doppelsinn des Wortes Ursache wird damit nicht zweifellos beseitigt.

Der Mangel an wirklicher Erfahrung in der Bildung concreter Causal-Urtheile macht sich in diesen unklaren Darstellungen, die bei SCHOPENHAUER, der nach dieser Hinsicht allein über KANT hinauszukommen suchte, noch ausserdem in der Anwendung fortwährend schwanken, geltend und lässt die medicinischen Darstellungen über Aetiologie formell als geradezu mustergiltig durchgebildet erscheinen. Noch war aber kein Versuch gemacht, die Ursache eindeutig zu definiren. Dies hat zuerst ein Physiologe REIL 1796/98, versucht.

Allerdings war schon für John TOLAND 1704, nach BERTHOLD's Ermittelungen, die Action, d. h. was wir heute Energie nennen, eine nothwendige Eigenschaft aller Materie und für ihn ist mit dem Stoffe auch die Energie gegeben. Im selben Sinne äussert sich nun REIL: «Die Materie, aus welcher das Organ besteht, ihre Form und Mischung enthalten den Grund aller Erscheinungen derselben; daher müssen auch seine Kräfte sich unmittelbar in ihm selbst befinden» und weiter: «Die eigenthümliche Natur derjenigen Materie, aus welcher die thierischen Körper bestehen, enthält den vorzüglichsten Grund ihrer eigenthümlichen Erscheinungen . . . . die Materie selbst als solche ist die Ursache dieser Phänomene.» Ich wurde auf diese geradezu grundlegenden, von einigen früheren Physiologen, wie RUDOLPHI, später auch von VIRCHOW theilwsise gewürdigten Anschauungen dadurch hingewiesen, dass Johannes MÜLLER noch 1844 in der Einleitung zu der vierten und letzten Auflage seiner Physiologie sich zur Rettung der «Lebenskraft» ganz besonders gegen REIL wendete.

Bei REIL ist zum ersten Mal, zunächst allerdings mit besonderer Rücksicht auf das Organische, scharf ausgesprochen, dass als Ursache oder prima res nur das hinter dem Wechsel der Erscheinungen stehende Gleichbleibende zu verstehen ist.

Hatte schon TOLAND Ursache und Wirkung streng monistisch in einem Begriffe gedacht, so liegt für unsere jetzige Auffassung der Verhältnisse in REIL's Darlegung zum ersten Mal ein Protest gegen den KANT vertretenen Dualismus vor. Während KANT im Gebiete der Anorganischen streng mechanisch dachte, nahm er im organischen Gebiete Zweckursachen zu Hilfe. Dem gegenüber scheint die Auffassung von REIL streng monistisch und für Anorganisches und Organisches giltig.

Den nächsten Fortschritt brachte JOHANNES MÜLLER 1826 durch das Gesetz von der specifischen Energie der Sinne, für welche sich bei KEPPLER, DESCARTES und besonders bei HALLER schon wichtige Vorarbeiten finden. Das schon von ARISTOTELES verwerthete Wort Energie war wohl zuerst von GALILEI im mechanischen Sinne angewendet worden, besonders um eine bestimmte Seite der Kraftbegriffes, die Wirkung gegenüber der Fähigkeit zu wirken (δυναμις), schärfer zu betonen. In ähnlicher Weise hatten sich auch spätere Physiker und Mathematiker des Wortes bedient. Im Anschlusse an MÜLLER hat HELMHOLTZ 1850 die mechanischen Aeusserungen der Muskelthätigkeit als Energie des Muskels bezeichnet. Im modernen umfassenden Sinne des Gesetzes von der Erhaltung der Energie wurde dieses Wort zuerst 1852 von THOMSON gebraucht und von RANKINE 1853 die Bezeichnung potentielle und actuelle Energie eingeführt. Gerade deshalb ist es so interessant, dass JOHANNES MÜLLER zum ersten Mal und lange vorher das Wort Energie in einem Sinne verwendete, der dem jetzigen der potentiellen Energie gleich ist und damit zugleich zeigt, dass die Grundvorstellungen der Energetik auch in der Psychologie Geltung gewinnen müssen. SPINOZA, besonders die schottische Schule durch LOCKE und HUME, und von den deutschen Philosophen der der letzteren nach Abstammung und Auffassung nächst verwandte Kant und von Physiologen besonders HALLER und REIL haben schon vor MÜLLER ermittelt, dass wir das eigentliche Wesen der Substanz, das «Ding an sich» nicht zu erkennen vermögen. Unser Erkennen ist bedingt durch die besondere Organisation unseres Centralnervenapparates und der Sinneswerkzeuge. Wir vermögen nur die Erscheinungen zu begreifen, welche uns die persönliche und Stammeserfahrung von der Aussenwelt übermittelt. In anderen Worten unsere Erkenntniss bleibt stets subjectiver Natur. Wenn wir nun mit HELMHOLTZ den grundsätzlichen Unterschied der verschiedenen Sinne, also z. B. den Unterschied zwischen Sehen und Hören, als Modus der Empfindung, den Unterschied zwischen Empfindungen, die demselben Sinne angehören, z. B. zwischen verschiedenen Farbenempfindungen, als Unterschied der Qualität bezeichnen, so hat MÜLLER ermittelt, dass der Modus der Empfindung nur abhängig ist von der Verschiedenheit der Sinnesorgane, während innerhalb des Qualitätenkreises jedes einzelnen Sinnes nach HELMHOLTZ «die Art des einwirkenden Objectes die Qualität der erzeugten Empfindung wenigstens mitbestimmt.» Von Philosophen hat sich SCHOPENHAUER diesen Ermittelungen am meisten genähert, ohne aber auch nur annäherd die Schärfe von MÜLLER zu erreichen. Diese «specifische» Energie der Sinne ist hiernach ein «Urphänomen der inneren Anschauung», wie FICK es ausdrückt, oder die prima res, die Ur-Sache der verschiedenen Arten des Empfindens liegt nur in den inneren Einrichtuugen.

(Fortsetzung folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Studien zur Cholerafrage.

Aus dem Institute für experimentelle Pathologie in Wien.

Herausgegeben von **S. Stricker**.

Verlag von Franz Deuticke. Leipzig und Wien. 1893.

Nicht geringes Interesse erregten seinerzeit die Versuche, die PETTENKOFER und EMMERICH mit den Kommabacillen an sich selbst anstellten. Aus diesen zwei Fällen liess sich aber in Bezug auf die ätiologische Bedeutung der Kommabacillen in keiner Richtung hin etwas Positives aussagen. Nur an der Hand einer grösseren Reihe von Versuchen, die an verschiedenen Individuen anzustellen wären, könnte die Frage, ob die bis jetzt als unerschüttert gegoltene Lehre KOCH's thatsächlich zu Recht bestehen kann, mit besserem Erfolge diskutirt werden — eine Aufgabe, deren enorme Bedeutung wohl Jedermann zur Genüge einleuchten muss.

Ohne jede Voreingenommenheit, geradezu von der Annahme ausgehend, dass «die Behauptungen KOCH's und seiner Schule unwandelbar feststehen» (HASTERLIK p. 8) veranlasste nun STRICKER in seinem Institute eine Reihe von Versuchen an Menschen mit den Kommabacillen. Der Bericht über die Letzteren liegt nun in einer separaten Publikation vor, die einige Aufsätze von STRICKER sowie die Protokolle der Versuche von P. HASTERLIK enthält.

Im «Vorworte», welches eine moralische Rechtfertigung der vorgenommenen Versuche enthält, weist STRICKER darauf hin, dass der Ausspruch LÖFFLER's nach dem Bekanntwerden der Versuche von PETTENKOFER und EMMERICH: «Hätte eine grössere Zahl beliebiger Personen den gleichen Versuch gemacht, so würden voraussichtlich auch einige Erkrankungen mit schweren Erscheinungen und tödtlichem Ausgang zur Beobachtung gelangt sein,» in dem wissenschaftlichen Thatbestande nicht begründet sei, nachdem an 6 Individuen 8 Versuche ausgeführt worden sind, ohne dass Cholera, geschweige denn ein letaler Ausgang vorgekommen wäre.

Auf die Umstände zurückkommend, die KOCH zu der Entdeckung der Kommabacillen führten und ihn dieselben als die causa efficiens der Cholera hinzustellen veranlassten, hebt STRICKER einige von KLEIN und GIBBES herrührende Angaben hervor, die, wie es scheint, bis jetzt gar nicht beachtet wurden; die aber

die KOCH'sche Lehre in ein minder günstiges Licht zu stellen geeignet sind.

In einem Tank (in Calcutta), in dessen Nähe die Cholera ausgebrochen war, fand KOCH Kommabacillen. KLEIN und GIBBES hatten ebenfalls Gelegenheit das Wasser dieses Tanks zu untersuchen. Gegen Ende der ersten Novemberwoche ereignete sich in der Umgebung dieses Tanks ein Cholerafall. Am 26. November wurde das Wasser dieses Tanks neuerdings untersucht und darin Kommabacillen gefunden. Trotzdem, dass die Anwohner von diesem Wasser den ausgiebigsten Gebrauch machten, kam kein Cholerafall mehr vor. Das Vorkommen der Kommabacillen in diesem Wasser erklärten KLEIN und GIBBES dadurch, dass die bacillenhaltigen Dejekte der Cholerakranken in das Wasser entleert wurden.

«Hiemit», sagt STRICKER, «ist das erste Beispiel dafür gegeben, dass Kommabacillen von Menschen genossen werden können, ohne jene Folgen zu äussern, die nach den Vermuthungen KOCH's erwartet werden dürften.»

Dieses sozusagen natürliche Experiment muss bei der Beurtheilung der ätiologischen Bedeutung der Kommabacillen besonders schwer in die Wagschale fallen!

Ausserdem wird ja mit den Kommabacillen so viel in den Laboratorien gearbeitet, und doch ist bis jetzt kein Krankheits- und kein Todesfall vorgekommen.

* * *

Die Resultate der 8 Versuche, die an 6 Individuen angestellt worden sind, gestalten sich folgendermassen:

In vier Fällen (Versuch 1, 2, 3 und 7) in denen Kommabacillen ohne Neutralisirung des Magens eingenommen wurden, zeigten sich gar keine krankhaften Erscheinungen und in den Stühlen liessen sich die Kommabacillen nicht nachweisen.

In einem weiteren Falle (Versuch 4), in welchem Neigung zu Diarrhoen bestanden hat, wurden Kommabacillen ebenfalls ohne Neutralisirung des Magens, eingenommen.

Einen Tag nach der Einnahme stellten sich unter Temperatursteigerung Ructus, Kollern im Leibe, Flatus mit unwillkürlichen Stuhlentleerungen, Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Kopfschmerzen ein. Am nächsten Tage sinkt allmällig die Temperatur, Kollern geringer, selten Ructus, aber noch häufige Stuhlentleerungen mit Stuhldrang. Allmählig tritt ein relatives Wohlbefinden ein. In den nächsten vier Tagen noch flüssige Stühle, sonst Wohlbefinden.

In den Stühlen wurden Kommabacillen nachgewiesen.

Im fünften Versuche wurden Kommabacillen nach vorheriger Neutralisirung des Magens eingenommen.

Das Befinden und die Defäcation war vollständig normal. Im Stuhle, welcher 28 Stunden nach der Einnahme abgesetzt wurde, liessen sich Kommabacillen nachweisen.

Im sechsten Versuche handelte es sich um eine Person von kräftiger Konstitution, die seit 2 Wochen weiche Stühle hatte. 3 Tage hindurch nach der Einnahme — theils feste, theils flüssige Stühle. Sonst Wohlbefinden. Am 5. Tage einige flüssige Stühle, am 6. Tage drei braune flüssige Stühle, die mit geformten Massen gemischt waren.

Aus dem Stuhle, der 28 Stunden nach der Einnahme erfolgte, konnten Kommabacillen nachgewiesen werden, ebenso in den Stühlen von den vier folgenden Tagen.

Am complicirtesten gestaltete sich der achte Versuch. Unter Temperatursteigerung traten hier heftige Erscheinungen seitens des Magens und des Darmkanals auf. Starker Brechreiz, flüssige, zum Theil unwillkürliche Stuhlabgänge, Mattigkeit, Kopfschmerzen. Die Stühle enthielten Kommabacillen nahezu in Reinkultur. Am dritten Tage trat Wohlbefinden ein, obwohl diarrhoische Stühle noch einige Tage hindurch bestanden haben.

Liest man genau die Krankengeschichten der Versuchspersonen durch, so wird man vergebens nach einem Symptome suchen, welches die Diagnose Cholera ermöglichte.

DRASCHE, einer der trefflichsten Kenner des Cholerabildes, der als Consiliarius bei den Versuchen fungirte, konnte in keinem Falle, also auch nicht im 4. und 8., Cholera diagnosticiren.

* * *

Es folgen dann in der vorliegenden Publikation zwei Aufsätze von STRICKER, die unsere vollste Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen: der eine wegen der ganz neuen naturhistorischen Daten, die darin enthalten sind, der zweite wegen der Ausführungen, die die Frage betreffen, ob die vorgenommenen Versuche einen klinisch ausgesprochenen Cholerafall ergeben haben.

In dem ersten Aufsatze «Colonien und Spaltpilze», sucht STRICKER mit grossem Geschick den Nachweis zu liefern, dass die Spaltpilzcolonien Organismen darstellen, dass sie nicht als Aggregate von Spaltpilzen, sondern als lebende Leiber, als Individuen, von derselben Dignität, wie die Gestalt eines Thieres oder einer Pflanze, aufzufassen sind.

Zu Gunsten dieser Ansicht sprechen;

1. Die sichtbaren inneren Bewegungen, die STRICKER direkt in den Kolonien beobachtet hat.

2. Die Analogie ihrer Structur mit jener der grobgranulirten Blutkörperchen.

3. Das selbstständige Wachsthum und

4. Der Wechsel der Structur in den verschiedenen Entwicklungsphasen.

Die zum Vergleiche beigegebenen, in gelungenster Weise ausgeführten Photogramme von einem weissem Blutkörperchen und von einer Kommabacillenkolonie zeigen in der That eine derart frappante Aehnlichkeit, dass es sich verlohnen würde, in der von STRICKER angebahnten Richtung weiter zu forschen. Vielleicht gelingt es dann für die Systematik der Mikroorganismen neue morphologische Anhaltspunkte zu gewinnen.

* * *

Im zweiten Aufsatze «Zur Diagnose der Cholera» versucht STRICKER festzustellen, ob die zwei schweren Fälle (Versuch 4 und 8) der Cholera asiatica entsprochen haben. Zu diesem Zwecke wirft STRICKER zunächst die Frage auf, welchen Werth die bakteriologische Untersuchung der Dejekte für die ausgeführten Versuche (nicht überhaupt!) hat, mit anderen Worten, lässt sich der bakteriologische Befund in den experimentell erzeugten, aber klinisch nicht als Cholera asiatica diagnosticirbaren Fällen für die Diagnose verwerthen?

Mit scharfer Argumentation weist STRICKER nach, dass die Anwesenheit der Kommabacillen in den Dejekten der Versuchspersonen noch keinen Behelf für die Diagnose Cholera abgeben kann. Ebenso verhält es sich mit den Diarrhöen.

Um die Hauptfrage zu beantworten, d. h. ob die Fälle 4 u. 8 der Cholera entsprochen haben, analysirt STRICKER die Symptomengruppe, die die letztere darbietet.

Vom typischen Gesichtsausdrucke der Cholerakranken war in diesen Fällen nichts wahrzunehmen.

Der Blutleere der Haut, auf die STRICKER ein besonderes Gewicht legt, werden einige theoretische Betrachtungen gewidmet, die in Folgendem bestehen:

Zwischen den Blutgefässen der Haut und den Blutgefässen der Baucheingeweide besteht ein Antagonismus. Wenn sich die Blutgefässe der Baucheingeweide verengen, so werden die Blutgefässe der Haut erweitert. Umgekehrt wird die Haut blass und blutleer, wenn sich die Blutgefässe der Baucheingeweide stärker füllen. Mit anderen Worten: 1. Wenn das Blut aus den Baucheingeweiden getrieben wird, strömt es in reicherem Masse der Haut zu (Fieber), 2. wenn das Blut in die Baucheingeweide stürzt, wird die Haut anämisch (Collaps).

Die Cholera entspricht, was die Blutvertheilung betrifft, dem zweiten Zustande.

Die Fälle 4 und 8 sind aber mit Fieber verlaufen, die Haut war hier geröthet und wärmer als in der Norm, Erscheinungen die entschieden gegen Cholera sprechen. Das Ueberwiegen der Dickdarmaffektion, ferner die verfärbten Stühle entsprechen ebenfalls nicht dem Cholerabilde.

«Zum Schlusse, sagt STRICKER, will ich es nicht unterlassen, nachdrücklich zu betonen, dass die Kommabacillen sich thatsächlich als pathogene Organismen erwiesen. Indem sich aber diese Kommabacillen während einer Choleraepidemie reichlich vermehren und daher in mannigfacher Weise der menschlichen Nahrung beigestellt werden können, so ist Gelegenheit gegeben, Diarrhöen und fieberhaft verlaufende Gastrointestinalkrankheit auszulösen.»

«Diese Annahme lässt aber selbstverständlich die Möglichkeit offen, dass dieselben Organismen unter gewissen Lebensverhältnissen zu Choleraerregern werden.» *Rdt.*

Kosmetik für Aerzte.

Dargestellt von **Dr. Heinrich Paschkis**,
Docent an der Universität Wien.
Zweite vermehrte Auflage.
Verlag von Alfred Hölder. Wien 1893.

Dieses ausgezeichnete Werk, das wir bereits vor Jahren anlässlich seines ersten Erscheinens dem medizinischen Publicum aufs Wärmste empfohlen haben, liegt nun in zweiter Auflage vor. Es verdient seinen Erfolg vollkommen, und derselbe ist noch höher anzuschlagen, wenn man bedenkt, dass der Stoff, den der Autor behandelt, bisher kaum als gleichberechtigt mit verschiedenen anderen Disciplinen der Heilkunde gegolten hat.

Und doch, man kann es ruhig aussprechen, verdient die Kosmetik eine vornehme Stellung unter den übrigen therapeutischen Disciplinen.

Auch Schönheit ist Gesundheit, — das ist vielleicht die einfachste Wahrheit, die uns die Antike hinterlassen hat.

Und nun sehe man einmal, wie leichtsinnig die Leute, und manchmal selbst sehr eitle, im Allgemeinen mit ihrem Aeussern wirthschaften; und man überlege, wie viel nicht nur der Specialarzt, sondern gerade der praktische Arzt, der Hausarzt zu leisten im im Stande sein wird, wenn sich die Ueberzeugung weiterverbreitet, dass auch Fehler der Schönheit Fehler der Gesundheit sind, und dass auch hier, wie in lebenswichtigeren Fällen Prophylaxe und Therapie ihr weites Gebiet finden können.

Und dieses Gebiet wird von PASCHKIS ebenso eingehend als anregend durchgesprochen, und Seite für Seite findet der Leser Ansichten oder Rathschläge, die von allergrösster praktischer Bedeutung sind.

Das Buch von PASCHKIS gehört in jede medizinische Bibliothek, welche auf Vollständigkeit Anspruch macht. In der vorliegenden zweiten Auflage findet sich ein neues interessantes Capitel, das sich mit der Schönheit der Formen beschäftigt.

Die Ausstattung ist die bekannt vornehme des HÖLDER'schen Verlages. *A. S.*

Zeitungsschau.

L. Lewin und H. Goldschmidt: Experimentelle Studien über die Beziehungen zwischen Blase und Harnleiter. — (Berliner Klinische Wochenschrift Nr. 32, 1893.)

Durch die Erfindung der Kystoskopie ist es heutzutage möglich die Mündung des Ureters zu beobachten und daraus auf die Arbeit desselben Schlüsse zu ziehen.

Normaler Weise zeigt sich, dass die leicht aufgeworfenen Lippen der Harnleitermündung in bestimmten Perioden wulsten und darauf in leichtem Wirbel eine geringe Menge eben secernirten Harnes in die Blase sprudelt. Doch sind die Funktionen des Harnleiters mannigfaltigen Bedingungen und grossen Veränderungen unterworfen.

Die Verfasser suchten vor Allem die Frage, ob ein Rückstrom aus der Blase in den Harnleiter möglich ist und unter welchen Bedingungen er stattfindet, experimentell zu beantworten.

Die anatomischen Verhältnisse scheinen diesen Rückfluss zu erschweren. Die fest geschlossenen Lippen der Mündung, die sich nur periodisch zur Ausstossung des eben secernirten Harnes öffnen, der schwache Verlauf des Endtheils zwischen den Schichten der Blasenwand und endlich die Engigkeit des ganzen Harnleiters, der in der Ruhe einen Strang mit geschlossener Lichtung darstellt.

Verfasser benützten zu ihren Versuchen männliche Kaninchen, die im Kleinen so ziemlich den menschlichen ähnliche Verhältnisse darbieten.

Sie fassen die Ergebnisse dieser Versuche dahin zusammen, dass sowohl bei der Injektion (von Farbstofflösungen oder Milch) in die Blase als bei künstlicher Urinretention (durch Ligatur der Urethra) «spontan und akut eine rückläufige Bewegung des Blaseninhaltes zu Stande kommen kann; stets hat man es dabei mit einer aktiven, kontraktionsfähigen Blase zu thun, deren Muskulatur nicht überdehnt ist, die demzufolge nicht gross zu sein braucht.»

Die Folgen des Eindringens von Flüssigkeit in den Harnleiter waren entweder krampfhafte Bewegungen desselben mit hin- und herschwanken der Flüssigkeitssäule oder dauernde Aufblähung in Folge von Verlust der Kontraktionskraft, Lähmung des Ureters.

Zur Erklärung dieser Rückstauung des Harnes in den Ureter muss man annehmen, dass die Uretermündung sich unter bestimmten, noch nicht näher gekannten Umständen primär öffnet, (da oft die stärkste Ausdehnung der Blase durch Injektion nicht im Stande ist diese Eröffnung zu bewirken) und dass dann theils in Folge der Luftleere des Harnleiters Flüssigkeit aus der Blase hinaufgesaugt wird.

Wenn man diese Beobachtungen auf die Verhältnisse beim Menschen überträgt, so zeigt sich, dass zahlreiche Abflusshindernisse (Stricturen, prostatische Hemmungen, dann akut entstehende Schwellungen namentlich der hinteren Harnröhre, aber auch spastische Zustände, die w. z. B. bei Einführung von Instrumenten, nur momentan wirken) Harnretention und damit Rückstauung bewirken können.

Die Folgen der Rückstauung sind, wie früher erwähnt, krampfhafte Kontraktionen des Ureters, die als Koliken empfunden werden oder bei längerer Dauer der Retention Schwächung der motorischen Funktion und Dilatation des Harnleiters und Nierenbeckens — hydronephrotische Zustände.

Dringen mit dem rückgestauten Harn auch Entzündungserreger ein, so wird Pyelitis und bei instrumenteller Behandlung das sogenannte Katheterfieber entstehen können.

Darum werden wir uns eifrigst bemühen bei jeder Harnretention rasch das Abflusshinderniss zu beseitigen: bei andauernden Nierenkoliken wird unter Umständen die Indikation zur Eröffnung des Nierenbeckens gegeben sein. *B. S.*

Dr. v. Wartraszewski: Beitrag zur Behandlung der chronischen Urethritis. (Monatshefte für Praktische Dermatologie Bd. XVII., Nr. 4, 1893.)

Die Behandlung chronischer Urethritis beginnt man mit Injectionen einer Argentum nitricum-Lösung (0·01 bis 0·02 : 120·0 2 Mal tägl.), bis die Secretion des vorderen Urethralabschnittes beseitigt oder wenigstens erheblich vermindert ist. Sodann wird bei Betheiligung der Blase diese täglich mittelst weichen Katheters zuerst mittelst lauwarmem (35° C.) destillirten Wasser gereinigt und dann 200—300 *gr* der genannten Lösung in dieselbe injicirt und später vom Patienten spontan entleert. Die anfänglich sich zuweilen einstellende Blasenreizung hört nach einigen Sitzungen auf. Gleichzeitig gibt man innerlich Ol. Terebinth. rectificat., 3 Mal täglich 10 Tropfen, in Milch nach dem Essen. Ist die Blase gesund, dann benutzt Verfasser einen weichen Katheter, in dem das eine Fenster durch eine Reihe kleiner, nebeneinanderstehender Seitenöffnungen ca. 1 *cm* von der Spitze ersetzt ist.

Der Katheter steht mit einer Spritze (100—150 *gr* haltend) in Verbindung. Nach Austreibung der Luft wird der Katheter eingeführt und dann die Spritze langsam entleert. Der Katheter muss so tief eingeführt sein, dass die Flüssigkeit neben ihm abfliesst. Um die hintersten Abschnitte zu treffen, wird die Glans eine Zeit lang komprimirt. Die in die Blase getriebene Flüssigkeit entleert der Patient auf natürlichem Wege. Akute Blasen-, resp. Nebenhodenreizung kommt nur ausnahmsweise vor. Der Katheter darf nicht zu dick sein (15 CHARRIÈRE). Nach 2—3 Wochen täglich wieder-

holter Injectionen sistirt meistens der Ausfluss. Stärkerer Harndrang kommt vor, ist aber nicht von Bedeutung. Als Lösung verwendbar ist vornehmlich auch hier das Agentum nitricum (6 Tropfen einer 10%igen Lösung auf 300·0 Wasser, steigend bis zu 10—15—20 (!) Tropfen). — Wo dieses nicht vertragen wird, sind Tanninlösung (15—20 Tropfen einer 25%igen Lösung auf 300·0 Wasser), Zinc. sulfur. (10 Tropfen einer 25%igen Lösung auf 300·0 Wasser; allmählich steigen), Acid. carbol. (10 Tropfen der konzentrirten Lösung auf 300·0 Wasser), Kalium permanganicum (10—15 Tropfen einer 25%igen Lösung auf 300·0 Wasser) zu verwenden. — Dieses Verfahren lässt nur sehr selten im Stich. Zuweilen stellt sich eine Hypersekretion der Urethra ein, die an dem spärlichen, durchsichtigen, spezifisch leichten Sekret zu erkennen ist und unter exspektativer Behandlung schwindet; kalte Bäder und Abreibungen befördern das Schwinden.

L. Vaillard: Ueber den Einfluss der Körpersäfte von gegen Tetanus immunisirten Bacillen auf den Tetanusbacillus. (Centralblatt für Klinische Medizin Nr. 34, 1893).

Verfasser gelangt auf Grund einer Reihe von Experimenten zu nachfolgenden Schlussätzen:

1. Das Serum eines tetanusimmunisirten Thieres bildet ein Nährsubstrat, auf dem die Kulturen des Tetanusbacillus eine hohe Virulenz erreichen.

2. Die Säfte des lebenden Thieres beeinflussen das Wachsthum und die pathogenen Eigenschaften der Bacillen in keiner Weise.

3. Die Säfte eines tetanusimmunisirten Thieres haben weder eine tödtende noch eine die Virulenz abschwächende Eigenschaft auf die Tetanusserreger.

Dr. F. Blum, (Frankfurt a. M.): Der Formaldehyd als Antisepticum. (Separatabdruck aus der Münchener Med. Wochenschrift Nr. 32, 1893.)

Verfasser folgert aus seinen Versuchen, dass der Formaldehyd selbst in starken Concentrationen nur langsam die Lebensfähigkeit der Mikroorganismen aufhebt, dass aber schon ganz schwache Lösungen genügen, um die Fäulniss und Fortentwicklung von Pilzen zu verhindern unter allmählicher Abtödtung der Bacterien.

Als Nutzanwendung kann man aus diesen bacteriologisch Untersuchungen folgern, dass der Formaldehyd für die operative Chirurgie nicht verwendbar ist, sich sehr wohl aber zu Dauereinwirkung und Conservirungszwecken eignen kann.

Voraussetzung für eine derartige Anwendung ist eine relative Ungiftigkeit der Substanz. Bei subcutaner Injektion von Formaldehyd liegt nach Aronson die tödtliche Dosis derjenigen von Carbolsäure nahe (0·24 *gr* Formaldehyd pro *kg*). Per os eingegeben vertragen Kaninchen eine weit grössere Dosis, als von Carbolsäure: Einem ca. 1½ *kg* schweren Kaninchen wurden zunächst 0·6 *gr* und einige Tage darauf 1·2 *gr* Formaldehyd (enthaltend 0·48 *gr* HCHO), in 20 *ccm* Wasser mittelst Sonde in den Magen gegossen. Beide Male frass das Thier einen Tag lang nicht, dann aber verhielt es sich wie vor der Eingabe. Von 2 noch nicht 1 *kg* schweren ganz jungen Kaninchen erhielt das eine 0·5 *gr* und einige Stunden darauf 0·3 *gr* Formaldehyd in Wasser innerlich; das andere erhielt in einer Dosis 1·0 *gr*. Das erste Thier frass einen Tag lang nicht; das zweite ging nach einigen Stunden zu Grunde. Die Section ergab keinerlei besondere Veränderungen. Ein grosser Stallhase erhielt auf einmal 1·5 *gr* Formaldehyd (enthaltend 0·6 HCHO) in 20 *gr* Wasser. Das Thier überstand diesen Eingriff und frass nach 2 Tagen wieder ein Futter.

Die Vergiftungserscheinungen bei innerlicher Darreichung waren lange nicht so stürmische, wie bei subcutaner Application oder wie sie bei Verfütterung von Carbolsäure beobachtet werden konnten: Unsicherheit des Ganges und langsam eintretende Paresen der hinteren Extremitäten blieben neben der Aufhebung der Fresslust die einzigen vorübergehenden Krankheitssymptome.

In den Urin und also wohl auch in den Blutstrom tritt unverändertes Formaldehyd nicht über.

Dr. Carl Dapper: „Ueber den Stoffwechsel bei Entfettungscuren. (Zeitschrift für klinische Medizin. 1893.)

Der Verfasser hat unter der Leitung von v. Noorden an sich selbst exacte Untersuchungen angestellt, bei denen es gelang bei Schonung des Eiweissbestandes Fettabnahme zu erzielen. Da in drei Versuchsreihen die Resultate bei ein und derselben Versuchsperson sehr variirten und nicht den theoretischen Erwägungen entsprachen, hält Verfasser es für nothwendig, um bei Entfettungscuren vor Eiweissverlusten sicher zu sein, von Zeit zu Zeit Nahrungsausfuhr und Nahrungsaufnahme zu vergleichen.

Das beste Resultat erhielt er, als er bei 98·5 *kg* Körpergewicht eine Nahrung vom Brennwerth von 1600—1900 Calorien einführte, die bestand aus: Eiweiss 150—180 *gr*, Kohlehydrat 70—80 *gr*, Fett 70—80 *gr*, Alkohol 20—50 *gr*, Flüssigkeit 1400 *ccm*. Nach 12tägiger Versuchsdauer resultirte eine Abnahme des Körpergewichtes um 4·3 *kg*, bei einem Eiweissansatz entsprechend 10·19 *gr* N. *R. K.*

Dr. N. William: Versuche über die Verbreitung der Cholerabacillen durch Luftströme. (Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. XV. 1.)

Verfasser hat in Flügge's Laboratorium Versuche gemacht, um die Möglichkeit der Verbreitung der Cholera durch die Luft resp. den Staub zu studiren. Obwohl Verfasser alle für die Uebertragung der Cholerabacillen durch Luftströme möglicherweise günstigen Bedingungen berücksichtigt hat, gelang ihm doch niemals eine auf die praktischen Verhältnisse übertragbare Luftinfection. Schon durch die einfache Vermischung mit trockenem Staube gingen die Cholerakeime in wenigen Stunden zu Grunde, noch schneller, wenn ein Luftstrom durch den Staub geleitet wurde. Wurde mit Choleracultur getränkter Staub in einem grösseren Luftraum vertheilt, so gelang es nicht lebensfähige Keime aus demselben aufzusaugen. Eine Fortführung lebender Cholerakeime aus einem mit Cholerastaub erfüllten Raume entgegen ihrer Schwere ist Verfasser in keinem Falle geglückt. Nur indem Verfasser mit Cholerabacillen imprägnirten Staub in ein geeignetes Nährsubstrat hineinfallen liess, konnte er einen ganz verschwindenden Bruchtheil der Bacillen lebend erhalten. Die Cholerabacillen sind also nicht im Stande, an in der Luft schwebenden und von der Luft fortbewegten Staubpartikelchen haftend sich eine messbare Zeit auf erheblichen Entfernungen hin lebend zu erhalten. *J. S.*

Bulkley: Tonsillenschanker. (The Times and Register.)

Bulkley macht auf die Häufigkeit des Schankers an den Tonsillen aufmerksam. In den Krypten haben die Infektionsstoffe Gelegenheit zur Ansiedelung und Vermehrung. Die Charaktere des Primäraffektes sind an der Tonsille dieselben wie an anderen Orten. Besonders die Härte ist charakteristisch. Meist war der Tonsillenschanker durch Tabakpfeifen oder Küsse acquirirt. *F.*

Phediuretin. (American Therapist.)

Phediuretin ist ein neu dargestelltes Phenolderivat. Es bildet feine, weisse, geschmacklose Krystalle, die sich leicht in heissem, schwer in kaltem Wasser lösen. Im Magen wird die Substanz schnell aufgelöst, wie der rasche Uebergang in das Blut beweist. Phediuretin wirkt diuretisch und ist ausserdem ein ausgezeichnetes Mittel gegen Migräne. Die Dosis beträgt zweimal täglich 5—15 *cgr*. Vortheilhaft ist die Darreichung in Kapseln. *F.*

Hadard Morton: Der Einfluss der Sexual-Organe auf Reflex-Neurosen des Auges. — (Medical News LXIII, 8 vom 19. August 1893.)

Ein 32jähriger mit Hypermetropie behafteten Mann, hatte seit Kindheit an schweren asthenopischen Erscheinungen gelitten, die bei Gebrauch von corrigirenden Gläsern nur zum Theile schwanden. Er konnte nicht länger als 2 Minuten lesen, ja das blosse Tageslicht that seinem Auge wehe und verursachte reichliche Secretion von Thränen. Als er sich eine Parophimose, an der er gleichzeitig laborirte, operiren liess, besserten sich seine Augen merklich und nach später ausgeführter Circumcision verschwanden seine Beschwerden vollständig, er war geheilt und arbeitsfähig.

Ein zweiter Fall betrifft einen Knaben, der von einem qualvollen Doppeltsehen gepeinigt wurde. Gläser, Prismen hatten nichts gefruchtet und man war eben entschlossen, an dem Kinde die Tenotomie auszuführen, als man entdeckte, dass es an einer partiellen Anheftung der Vorhaut an die Eichel, dadurch bedingte Retention zersetzten Smegmins und krankhafter Empfindlichkeit des Gliedes litt. Durch einen kleinen Eingriff wurde dieses Uebel behoben und unter einem das Kind von Diplopie radical geheilt.

Zwei andere Beobachtungen betreffen Masturbanten, die an schweren Reizerscheinungen von Seiten ihrer Augen zu leiden hatten; beide wurden nach Einstellung ihrer perversen Geschlechtsbefriedigung geheilt und bei dem einen konnte man sogar eine deutliche Abblassung des früher hyperämisch gewesenen Fundus konstatiren.

Die Betrachtung dieser Fälle führt den Autor zu dem Schlusse, dass patholgische Zustände in den Genitalien auf dem Wege der Reflexcentren im Nervensystem verschiedene Neurosen des Auges hervorufen **können**; da diese bei richtiger Stellung der Diagnose heilbar sind, so empfiehlt Verfasser dieses Kapitel einer eingehenden Würdigung von Seiten der Praktiker. *A. P.*

O. H. Reynolds: Ist die Excision der Sklerose ein zu rechtfertigender Eingriff? (The Amerikan Practitioner and News XVI, 198, vom 29. Juli 1893)

20 Jahre sind vergangen seit SIEGMUND zeigte, dass die rechtzeitig geübte Cauterisation eines Initial-Affektes oft im Stande ist, den Ausbruch der Syphilis zu verhüten; 10 Jahre seit AUSPITZ seine Lehre von der Excisio der Sklerose vorgebracht hat. In Deutschland hat die letzterwähnte Methode rasch Eingang gefunden, während sich die grosse Mehrzahl der französischen Fachmänner ablehnend verhielt und die Angelegenheit recht skeptisch betrachtete.

Auffallend ist es, dass man einer so eminent praktischen Frage relativ so wenig Aufmerksamkeit geschenkt hat, ja selbst Diejenigen, welche die Operation gerne ausführen, sind sich nicht darüber, einig w a n n der Eingriff gemacht werden soll und unter welchen Umständen er vergeblich ist.

Würden die Pathologen die Frage der endgiltig lösen, ob die Sklerose als eine locale Affection oder bereits als Produkt der Syphilis zu deuten ist, dann wäre auch kein Zweifel mehr darüber ob die Excision des harten Schankers eine Berechtigung hat, den nur im ersteren Falle könnte sie mit Erfolg ausgeführt werden.

Da die Operation leicht und gefahrlos ist und z u m m i n d e s t e n einen mächtigen moralischen und psychisehen Einfluss auf den Kranken übt, empfiehlt Verfasser deren Ausführung auf das wärmste, jedoch nur zur einer Zeit, wo die Leistendrüsen noch nicht geschwellt sind. *A P.*

Dario Baldi: Ueber die Wirkung des Arsenik auf den experimentellen Diabetes. (Archivio di farmacologia e terapeutica 1893, Nr. 15 u. 16).

Auf Grund einer Reihe von experimentellen Untersuchungen, bei welchen, nach Ablation des Pancreas beim Hunde, die Wirkung des Arsenik auf den so diabetisch gemachten Organismus studirt wurde, gelangt Professor BALDI zu folgenden Conclusionen: Der Harn der Versuchsthiere enthält kein Aceton. Das Auftreten desselben bei Diabetikern ist sehr unregelmässig, und kann dessen Ursprung nicht aus den bei dem Stoffwechsel nothwendigen biochemischen Vorgängen hergeleitet werden. Das Arsenik hat gar keinen Einfluss auf dessen Bildung oder auf dessen Ausscheidung. Das Arsenik vermindert auch nicht immer die Zuckermenge bei Hunden, denen das Pancreas abgetragen wurde; und wenn eine solche Verminderung stattfindet, so sei selbe auf eine indirecte Wirkung zurückzuführen. Das Vermögen das Zuckermolecül im Organismus zu spalten, komme dem Arsenik nicht zu. *A. D.*

Bonardi: Ueber einen Fall von Akromegalie mit Autopsie (Arch. Ital. di Clin. Med. 1893.)

Verfasser berichtet über einen Fall von Akromegalie, der im Krankenhause zu Lucca bei einem 74jährigen Manne zur Beobachtung kam. Nachdem Verfasser den klinischen Verlauf und den mikroskopischen Befund geschildert, stellt er einige Betrachtungen über den Fall an. Aus der Anamnese ist zu entnehmen, dass väterlicherseits Erblichkeitsmomente bestanden, und dass die Krankheit in frühester Jugend begann und seither langsam aber progressiv sich fort entwickelte.

Betreffs des status präsens hebt Verfasser hervor, wie einzelne Symptome wirklich exceptionell seien und gibt als Stütze hiefür mehrere Maasse an. Verfasser hebt dann insbesondere folgende Symptome hervor: Kyphose des Rückens, gedämpfter Schall am Manubrium sterni, Alteration der Psyche, verbrecherische Anlage, Irritabilität des Charakters.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung des Falles ergab folgendes: diffuse Endarteritis, Atrophie und Sclerose der gl. thyroïdea.

Nach absoluter Ausschliessung anderer Krankheitsformen führt BONARDI die Berührungspunkte, die sein Fall mit der osteoarthropathia hypertrophicans pneumica besitzt. Er findet als gemeinsame Zeichen folgende: 1) die ausschliesslich dorsale Kyphose. 2) das beträchtliche Volumen des Radio-Carpalgelenkes und des Tibio-Tarsalgelenkes. 3) die retrosternale Dämpfung.

Die übrigen subjectiven und objectiven Symptome sind jedoch so zahlreich und so charakteristisch für Akromegalie, dass diese Diagnose vollauf gerechtfertigt erscheint. *A D.*

Lucatello (Mailand): Ueber die dem Kommabacillus ähnlichen Vibrionen. (Gazzetta degli Ospitali, 14. Sept. 1893).

Bekanntlich hat DUMBAR in Hamburg (Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1893, Nr. 3) nach wiederholten bakterioskopischen Untersuchungen des Elbewassers in demselben am 19. Juli d. J. ein Vibrio gefunden, das eine grosse Aehnlichkeit mit dem KOCHschen Kommabacillus zeigte. Durch Züchtungs- und Thierversuche konnte man wesentliche Unterschiede in dem Verhalten beider Vibrionen nicht herausfinden. Trotzdem stellt DUMBAR auf Grund genauerer Untersuchungen die Behauptung auf, dass die von ihm im Elbewasser konstatirten Bacterien von jenen KOCH's, die man aus den Dejecten von Cholerakranken zu isoliren pflegt, verschieden sind.

LUCATELLO bemerkt hiezu, dass es nicht das erste Mal sei, dass im Flusswasser Bacillen gefunden werden, die dem KOCH'schen Kommabacillus gleichen. Er weist diesbezüglich darauf hin, was HERCOURT im Jahre 1884 in Bezug auf das Seinewasser behauptet und was LEONE und OLIVIERI hinsichtlich der Gewässer von Palermo geschrieben haben.

Verfasser selbst hatte vor 8 Jahren Gelegenheit, aus einem Trinkwasser nicht nur einen dem Kommabacillus ähnlichen Mikroorganismus zu isoliren, sondern auch, gestützt auf die damaligen Kenntnisse, die culturellen Eigenschaften desselben zu studiren («Italia Medica» Heft XI—XII, 1885). Und die bakterioskopischen Untersuchungen zeigten, wie gerade heute diejenigen DUMBAR's zeigen, dass zuweilen im Wasser ein dem cholerigenen Vibrio ähnlicher Bacillus vorhanden ist, ohne jedoch mit ersterem identisch zu sein. *A. D.*

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Dr. Igo Schwarz in Wien ist zum Primararzt und Director des kgl. Allgem. Krankenhauses in Esseg ernannt worden.

— Krakau. Der ausserordentliche Professor Dr. Ladislaus Anton Gluzinski ist zum ordentlichen Professor der allgemeinen und experimentellen Pathologie an der Universität in Krakau ernannt worden.

— Strassburg. Dr. Felix Klemperer hat sich als Privatdocent für interne Medizin und Laryngologie habilitirt.

— Amsterdam. Dr. H. Burger hat sich als Privatdocent für Laryngologie und Rhinologie habilitirt.

* 65. Deutsche Naturforscher-Versammlung in Nürnberg. Wie wir bereits berichtet, wurde als nächster Versammlungsort Wien gewählt. Als Geschäftsführer wurden die Professoren Kerner und Exner bestimmt. Das Vermögen der Gesellschaft beläuft sich jetzt auf fast 49.000 Mark. Bei den Neuwahlen in den Vorstand wurde an Stelle Virchow's (der statutenmässig ausscheiden musste) Jolly (Berlin), an Stelle des verstorbenen Prof. Siemens, Prof. v. Lang (Wien) gewählt. Erster Vorsitzender wird im nächsten Jahre Prof. E. v. Suess (Wien), zweiter Prof. v. Ziemssen (München) sein.

* Brüssel. Die für den Königspreis im Betrage 25.000 Fcs. für das Jahr 1897 ausgeschriebene internationale Preisfrage lautet: Vom gesundheitlichen Gesichtspunkte aus die meteorologischen, hydrologischen und geologischen Verhältnisse der Gebiete von Aequatorialafrika auseinandersetzen. Aus dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse in diesen Materien die für diese Gebiete geeigneten diätetischen Grundsätze deduciren und mit geeigneten Beobachtungen das beste Regime in Lebensweise, Ernährung und Arbeit, in Bekleidung und Wohnung bestimmen, um die Gesundheit und Kraft zu erhalten. Die Symptomenlehre und die Ursache der Krankheiten darstellen, welche die Gebiete Aequatorialafrikas charakterisiren und ihre Behandlung in vorbeugender und therapeutischer Hinsicht angeben. Die Grundsätze feststellen in der Wahl und im Gebrauche der Heilmittel, wie in der Errichtung von Krankenhäusern und Sanatorien. Die Bewerber sollen bei ihren wissenschaftlichen Nachforschungen und bei ihren praktischen Schlussfolgerungen besonders die Existenzbedingung der Europäer in den verschiedenen Theilen des Congobeckens berücksichtigen. — Die Arbeiten müssen bis zum 21. December 1896 bei dem Ministerium des Innern in Brüssel eingereicht werden.

* Halle a. S. Die Allgemeine medicinische Central-Zeitung bringt folgende Erklärung: Die am 5. September d. J. in Halle a. S. versammelte Conferenz der deutschen evang. Irrenseelsorger erklärt hiermit einstimmig, veranlasst durch die am 23. Mai d. J. in Frankfurt a. M. gepflogenen Verhandlungen und beschlossenen Thesen des Vereins deutscher Irrenärzte:

1. Die Conferenz deutscher evangelischer Irrenseelsorger hat sich keine andere Aufgabe gestellt, als die, das Gebiet der Irrenseelsorge theoretisch zu bearbeiten und für die praktische Ausübung derselben nützliche Anregung zu geben.
2. Auch sie sieht die Irren als Kranke an, welche wie andere Kranke ärztlich zu behandeln sind. Zugleich aber hält sie daran fest, dass auch die Geisteskranken auf volle seelsorgerische Pflege Anspruch haben. Die Conferenz enkennt dankbar an, was ärztlicherseits bisher zur Einführung der Seelsorge an Irrenanstalten geschehen und gestattet ist. Sie erstrebt, dass, wo es noch nicht der Fall ist, den berufenen Anstaltsgeistlichen das Recht freier Ausübung der Seelsorge an den Kranken gewährleistet werde.

   Insbesondere erstrebt sie:

   a) dass, soweit irgend thunlich, an grösseren Irrenanstalten ein eigener Hausgeistlicher angestellt,
   b) dass, wo dieses nicht möglich ist, für regelmässigen Gottesdienst, sowie ausreichende seelsorgerische Pflege der Einzelnen Sorge getragen werde,
   c) dass dem Geistlichen grundsätzlich der Zutritt zu allen Kranken freistehe, und eine Einschränkung nur da eintrete, wo es die Rücksicht auf den Zustand des Kranken gebietet.
3. Für die von einzelnen Mitgliedern der Conferenz vorgetragenen theologischen psychologischen oder psychiatrischen Anschauungen ist die Conferenz als solche keineswegs verantwortlich. Sie hat über solche Anschauungen auch nie Beschlüsse gefasst. Sie überlässt es den in den Thesen der deutschen Irrenärzte angegriffenen Personen, Anstalten und Corporationen ihre Anschauungen zu vertreten.
4. Der Conferenz ist es einzig und allein um das Wohl der Kranken zu thun. Sie bedauert den Streit, erstrebt ein einträchtiges Zusammenwirken mit den Irrenärzten und rechnet bei Erfüllung ihrer Aufgabe ebenso auf deren Unterstützung wie sie ihrerseits jede nur mögliche Unterstützung des ärztlichen Wirkens sich zur Pflicht macht.

(In der Nummer 24 unseres Blattes brachten wir die in Frankfurt a. M. aufgestellten Thesen, auf welche hier hingewiesen wird.)

* Oeffentliche Preise höheren Betrages hat die medizinische Akademie in Madrid für die Jahre 1894 und 95 ausgeschrieben, und zwar folgende:

I. Akademischer Preis (1500 Pesetas, Goldmedaille und Diplom eines korrespondirenden Mitgliedes): «Therapie der verschiedenen klinischen Formen, Zufälle und Komplikationen des Diabetes mit Illustrationen desselben durch eigene Beobachtungen des Verfasser's (Terapeútica de las divérsas formas clínicas, accidentes y complicationes de la diabetes, apoyada en opservationes proprias.) Abfassung der Arbeit in spanischer und lateinischer Sprache.

II. Preis Alvarez Alcalá 2 Aufgaben: a) Eingriff der Chirurgie bei der Behandlung der Darmobstruktionen (Intervención de la cirurgía en las obstrucciones intestinales); b) Hygienie der Industrieen, mit Berücksichtigung der spanischen (hygiene de las industrias con espicialidad de las de Espana). Für jede Aufgabe die Prämie von 750 Pesetas und ein Accessit samt Diplom eines korrespondirenden Mitgliedes. Sprache der Ausarbeitung — spanisch, französisch oder lateinisch.

III. Preis Ramón E. Morales (750 Pesetas und Diplom des korrespondirenden Mitgliedes). Indikation und Kontraindikation der Laparotomie bei penetrirenden Bauchwunden (indicación y contraindicación de la laparotomía en las heridas penetrantes de vientre). Die Preise oben erwähnter Arbeiten kommen im Jahre 1895 in öffentlicher, feierlicher Sitzung zur Vertheilung und müssen die letzteren bis zum 1. Mai 1894 an das Sekretariat der Akademie, calle mayor, núm. 6. eingesendet sein.

IV. Preis Rubio (1500 Pesetas). Derselbe ist nur für spanische Aerzte bestimmt und für ein in den Jahren 1891—92 veröffentlichtes originales Werk von hervorragendem Werthe bezüglich der medizinischen Wissenschaften (Revista de medicina y cirurgía prácticas, 22. 7/93.)

* Preisaufgabe. Das College of Physicians of Philadelphia schreibt den zum Gedächtniss an William F. Jenks gestifteten Preis von fünfhundert Dollar aus über «Infant Mortality During Labor, and its Prevention» (Sterblichkeit der Kinder in der Geburt und ihre Verhütung). Die Abhandlung muss in englischer Sprache geschrieben oder, wenn in einer anderen Sprache, von einer englischen Uebersetzung begleitet, und vor dem 1. Januar 1895 an das College of Physicians of Philadelphia, Pennsylvania, U. S. A., unter der Adresse des H. Horace Y. Evans, M. D., Chairman of the William F. Jenks Prize Committee eingesandt sein, druckfertig mit Motto und einem besonders versiegelten Umschlag, der dasselbe Motto und Namen und Adresse des Verfassers enthält.

* Cholera-Nachrichten. Oeterreich-Ungarn. In der Woche vom 12. September Morgens bis 19. September Früh zeigte die Cholera in Galizien eine weitere Ausbreitung und führte zu einer grösseren Zahl von Erkrankungen als in der unmittel-

baren Vorwoche. Es wurden aus 35 Gemeinden 149 Erkrankungs- und 84 Todesfälle angezeigt, von welchen letzteren 20 auf die aus früheren Berichtswochen verbliebenen Kranken entfielen. Unter die 149 Erkrankungsfälle sind auch 20 Verdachtsfälle eingerechnet, bei welchen Cholera asiatica bis jetzt noch nicht sicher nachgewiesen wurde. Die grössere Zahl von neuen Fällen kommt theils auf Rechnung vereinzelter sporadischer Fälle in einer Reihe von Gemeinden, theils war sie durch ein intensiveres Auftreten der Epidemie im Bezirke Nadworna (in den Gemeinden Hwozd, Mikuliczyn und Nadworna) sowie im Bezirke Sanok (Gemeinde Rymanow) bedingt. In Kolomea hielt sich die Zahl der Neuerkrankungen auf der bisherigen Höhe. — Deutsches Reich. Aus Berlin wurde am 11. und 12. September je eine choleraverdächtige Erkrankung gemeldet. In Hamburg sind vom 15.—18 September 9 als Fälle von asiatischer Cholera festgestellte Erkrankungen aufgetreten, und endeten 5 derselben mit Tod. Im Laufe des 18 Septembers wurden weitere 3 verdächtige Fälle angezeigt. Im Rheingebiete wiederholen sich die Choleraerkrankungen In der Papiermühle bei Solingen kamen zwischen 8. und 12. September 15 Fälle, in Andernach 1 Fall, St. Goar 1 Todesfall, Kohlfurt im Kreise Mettmann 1 Fall, in Köln 1 Todesfall vor. Auf dem aus Rotterdam gekommenen englischen Dampfer «Gallina» wurden am 7. September 6 verdächtige Erkrankungen, von denen eine tödtlichen Ausgang nahm, constatirt. Die bacteriologische Untersuchung wies Cholera nach. Im Weichselgebiete wurde im Ueberwachungsbezirke Kurzebrack ein Flösser todt aufgefunden und bei demselben Cholera als Todesursache festgestellt. — Niederlande. In Rotterdam wurden seit 21. August bis 10. September, 28 Choleraerkrankungen, von denen 17 tödtlich endeten, constatirt. Eine grössere Zahl von Fällen kamen ferner in Leerdam, weitere vereinzelte Fälle in Haag, Grönendyk, Terneuzen, Klosterzand, Ablasserdam, Haften, Kralingen, Dedemsvaat etc. vor. — Belgien. Vom 11. September datirten Nachrichten zu Folge sind in Belgien seit 6. Juli in 46 Gemeinden 132 Erkrankungen an Cholera, Cholera nostras, choleraartiger Diarrhöe, darunter 98 mit tödtlichem Ausgange vorgekommen. In Antwerpen traten in der letzten Zeit Cholerafälle in grösserer Zahl auf. — England. In Grimsby und Hull sind auch in letzter Zeit wieder Cholerafälle beobachtet worden. In Ashborne, Grafschaft Derby, erkrankten 13 und starben 8 Personen an choleraartiger Diarrhöe. Alle Erkrankten wohnten im gleichen Hause und bezogen das Wasser aus demselben Brunnen. Ausserhalb des betreffenden Hofes kam keine Erkrankung vor. In Asyton-Under Line starb eine aus Cleethorpe, wo Cholera vorgekommen war, zurückgekehrte Person unter verdächtigen Symptomen. — Frankreich. In Marseille wurde in der Woche vom 1. bis 8. September unter 222 Todesfällen 1 als verdächtig bezeichnet. — Spanien. Choleraverdächtige Erkrankungen und Todesfälle wurden gemeldet aus Belchite in der Provinz Zaragoza, aus Baracaldo in der Provinz Bilbao. — Italien. In Neapel und in Palermo hat eine wesentliche Ausbreitung der Epidemie nicht stattgefunden. Die Zahl der täglichen Erkrankungsfälle bewegt sich zwischen 3 und 10. Aus Livorno wird mitgetheilt, dass im Stadttheile Venezia bis 16. September 50 Choleraerkrankungen aufgetreten und 15 Kranke gestorben sind. In mehr als die Hälfte der Fälle ist aber späteren Nachrichten zu Folge Cholera asiatica ausgeschlossen, womit auch die auffällig niedrige Lethalitätsziffer übereinstimmen würde. Man nimmt an, dass der Herd des Ansteckungsstoffes im Wasser der öffentlichen Waschanstalt zu suchen und durch schmutzige Wäsche von auswärts dahin eingeschleppt worden sei. Die ersten Erkrankungen betrafen in dieser Waschanstalt bedienstete Personen. Cholerafälle wurden ferner gemeldet aus den Provinzen Palermo und Trapani, Cassino, Pettorano bei Sulmona, Patti in der Provinz Messina, Rom, dagegen sind in der Provinz Udine keine weiteren Fälle vorgekommen. — Russland. Die Zahl der angezeigten Cholera-Erkrankungs- (Todes-) Fälle betrug in der Stadt Petersburg vom 12. bis 21. August a. St. 66 (28), in der Stadt Moskau vom 11. bis 18. August 210 (117), vom 1. bis 14. August im Gouvernement Podolien 2194 (889), vom 8. bis 14. in den Gouvernements Wladimir 337 (116), Lomshha 106 (64), Tula 358 (100), Charkow 364 (194), Bessarabien 34 (17), Kiew 740 (284), Wiatka 148 (80), Orel 689 (243), Poltawa 283 (127), Minks 232 (101). — Rumänien. In der Woche vom 4. bis 10. September wurden Cholera-Erkrankungs- (Todes-) Fälle ausgewiesen in Braila 42 (34), Sulina 13 (4), Galatz 20 (8), Cernawoda-Fetestic 15 (9), ferner Erkrankungen gemeldet aus den Bezirken Braila, Jalomitza, Prahova, Covurlui, Tulcea, Neamtzu, Dorohoiu, Constantza, Vlasca, Putna, Ilfow, Tecuciu. — Serbien. Bis zum 7. September sind in Belgrad 4 verdächtige Erkrankungen, von denen 3 tödtlich verliefen, vorgekommen und ist durch die bacteriologische Untersuchung Cholera asiatica festgestellt worden. Ein weiterer verdächtiger Todesfall ereignete sich am 12 September: — Türkei. In der Irrenanstalt zu Scutari dauert die Choleraepidemie fort, in dsr Stadt Scutari, in Pera, Galata, Stambul sind vereinzelte Cholerafälle aufgetreten. In Smyrna sind vom 23.—30. August an Cholera erkrankt (gestorben): 7 (15), 18 (16), 15 (7), 18 (10), 17 (15), 25 (14), 15 (13) = 115 (91). — Aegypten. Unter den ägyptischen Wachmannschaften in Tor und Rasmallep sowie unter der Sanitätsmannschaft in El Tor ist die Cholera ausgebrochen. Unter den 3000 noch in El Tor befindlichen Pilgern herrscht keine Cholera.

* Todesfälle. In Berlin starb der Chefarzt des I. Garnisons-Lazareths, Oberstabsarzt Dr. Leop. Müller, der seiner Zeit die mediz. Akademie in Tokio (Japan) gründete — In Schottland Dr. Parke, der ärztliche Begleiter der von Stanley geleiteten Emin Pascha-Expetition. — In Abas Tumar (Russland) Staatsrath Dr. Rob. Wreden Otologe in Petersburg. — In Stockholm der frühere Professor der Kinderheilkunde Dr. Hjalmar Aug. Akelin.

Aerztliche Stellen.

Gemeindearztesstelle in Nappersdorf (polit. Bezirk Oberhollabrunn) (Niederösterreich) für die Sanitätsgemeindegruppe Nappersdorf, Klein-Weikersdorf und Haslach mit 1256 Einwohner. Bezüge 600 fl. jährlich, und zwar 300 fl. aus dem n.-ö. Landesfonde, 300 fl. von der Gemeinde, Wohnung gegen mässigen Zins im neuerbauten Gemeindehause. Berechtigung zur Haltung einer Hausapotheke. Verpflichtung, die Armenbehandlung und Todtenbeschau unentgeltlich zu besorgen. Nappersdorf ist Pfarrort mit Schule und Post und liegt eine Stunde von der Bahnstation Wetzmannsdorf der österreichischen Nordwestbahn. Bewerber katholischer Confession, welche Doctoren der gesammten Heilkunde sein sollen, haben ihre Gesuche an die Gemeindevorstehung Nappersdorf zu richten.

Gemeindearztesstellen für die Gemeinde Diepolz und Grossharras im polit. Bezirke Mistelbach (Niederösterreich). Fixe jährliche Bezüge 400 fl. Nähere Auskunft ertheilen die Bürgermeister dieser Gemeinden.

Gemeindearztesstelle in Buchers, Bezirk Kapliz im südlichen Böhmen, mit circa 1400 Einwohnern. Jahresgehalt 400 fl.; dagegen ist die Behandlung der Ortsarmen und die Todtenbeschau unentgeltlich zu leisten. Weiters ist von Seite des Grafen v. Buquoy für die Behandlung der bediensteten Forst- und Holzhauerfamilien ein jährliches Pauschale von 400 fl. und separate Zahlung der Medicamente bewilligt. Der Gemeindearzt ist zur Haltung einer Hausapotheke verpflichtet. Unter den Petenten haben Doctoren der gesammten Heilkunde den Vorzug und wollen ihre gehörig belegten Gesuche bis 15 October d. J. an das Gemeindeamt Buchers einsenden, wo auch jede Auskunft bereitwilligst ertheilt wird.

Gemeindearztesstelle für die Gemeinden Weer, Weerberg, Kolsass, Kolsassberg, Pill und Terfens (3200 Einwohner). Der Gemeindearzt bezieht ein Wartgeld von 500 fl. und hat seinen Sitz in Weer zu nehmen. Das Ganggeld ist festgesetzt in Weer und Kolsass 50 kr., Kolsassberg 60 kr. bis 1 fl., Weerberg 1 50 bis 2 fl., Pill 1 bis 2 fl, Terfens 1 bis 1·50 fl. Der Arzt hat eine Hausapotheke zu führen. Die Anstellung erfolgt auf gegenseitige vierteljährige Kündigung. Der Arzt hat den Gemeindesanitätsdienst im Sinne der h. Statthaltereiverordnung vom 6. Juli 1883, L.-G. u. V.-Bl. Nr. 20, zu versehen. Gesuche sind bis Mitte October d. J. an die k. k. Bezirkshauptmannschaft Schwaz einzusenden.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

ANZEIGEN.

Einbanddecken.



Wir erlauben uns anzuzeigen, dass für den Jahrgang 1892 der „Internationalen Klinischen Rundschau" und für den VI. Band der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" elegante Einbanddecken angefertigt wurden, und zwar können dieselben sowohl von uns direkt, als auch durch jede Buchhandlung für die „Internationale Klinische Rundschau" um 1 fl., gleich 2 Mark, für die „Klinischen Zeit- und Streitfragen" um 60 kr., gleich 1 Mark 20 Pf. bezogen werden.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau".

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9